



INDICAZIONI ALL'ESECUZIONE DI TEST PRENATALI NON INVASIVI

Io sottoscritta _____ in stato di gravidanza dichiaro di essere stata informata che allo scopo di evitare un test che potrebbe non trovare indicazione (in caso di assenza del battito cardiaco fetale, riscontro ecografico di anomalie fetali maggiori o altri reperti ostetrici non favorevoli), è necessario che io mi sia sottoposta nella settimana precedente al test ad un'ecografia ostetrica.

Firma: _____

Sono inoltre consapevole della possibilità di richiedere l'esecuzione dell'ecografia di screening presso il Centro Biomedico Poliambulatorio, contestualmente all'erogazione del consenso informato per l'esecuzione di un Test prenatale non invasivo. Per i costi si rimanda al tariffario del medico selezionato.

Firma: _____ Data: _____