



Solicitud de Cribado Combinado del Primer Trimestre
U.G.C. Obstetricia y Ginecología

APELLIDO 1º:.....
APELLIDO 2º:.....
NOMBRE:.....
Nº T.A.S.S./NUHSA:.....
Nº HISTORIA CLÍNICA:.....
FECHA PETICIÓN:.....

FECHA DE EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA:

EDAD: FECHA DE NACIMIENTO: RAZA:.....

F.U.R.

Peso actual:

Fumadora: SÍ NO

Diabetes: SÍ NO

F.I.V. SÍ NO

(En caso de F.I.V. Con donación de ovocitos, edad de la donante)

DATOS ECOGRÁFICOS:

Fecha de la ecografía: Número de fetos:

Feto 1

Translucencia nucal: mm C.R.L. mm S.G. por eco:

Feto 2

Translucencia nucal: mm C.R.L. mm S.G. por eco:

C.N.P......

Facultativo:..... **Fdo.**