



TRIPLE Y CUÁDRUPLE MARCADOR GENÉTICO

Segundo trimestre (semana 15 a 20 por ultrasonido) AFP, b-HCG, uE3, Inhibina-A

Nombre de paciente: _____

Fecha de toma de muestra: _____ Hora de toma de muestra: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
DD MM AAAA

Peso y estatura: _____ Kg _____ m

Tabaquismo: Si No

Raza: Negra Hispano-latina Caucásica-sajona

Diabetes insulino-dependiente: Si No Medicamentos: Si No

Edad gestacional (FUM): _____ / _____ / _____
DD MM AAAA

Semanas de gestación: _____ Gestas _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____

Número de fetos: _____

PAPP-A: _____ b-HCG fracción libre: _____

uE3: _____ Inhibina-A: _____

Hijo previo con alteraciones cromosómicas: Si No

Síndrome de Down: Si No Otros defectos congénitos: Si No

Hijo previo con defecto tubo neural: Si No Edad materna avanzada (≥ 35 años): Si No