



Paziente

Cognome

Nome

Data di nascita F M Nr carta identita/ Nr AVS

Via, no.

Supplemento indirizzo

NPA Luogo

Richiedente

Preeclampsia

Codice a barre richiesta

2

Le nostre condizioni generali (CG) sono consultabili sul sito (www.medisyn.ch)

Analisi urgenti (Urgenza):

Medico curante Tel. diretto

Ulteriore trasmissione del referto

Referto parziale Telefono

Copia al Medico: Fax

Fatturazione

Fattura a cassa malati Richiedente Assicurazione infortuni

Mittente (forf. amb.) Mittente (f. amb.) No.: _____ Altro

Assicurazione infortuni/Numero d'assicurato

Ambulante Degente

Gravidanza SDG + Giorno Controllo

Visto **Data prelievo** **Ora prelievo**

Dati clinici / Diagnosi:

Analisi supplementari:

Legenda materiale (Informazioni di preanalitica sono consultabili sul sito www.medisyn.ch)

Sangue Siero S Siero congelato SG

Analisi

Analitica (per favore compilare il modulo con i dati dell'ecografia, se necessario)

Test del primo trimestre (con calcolo del rischio) SG Screening preeclampsia (con calcolo del rischio) S AFP semplice S

SSL: 45-84 mm, SSW 11+0 a 13+6, PAPP-A, Beta-hCG libera SSW 11+0 a 13+6 PIGF SSW 14+0 a 18+6 AFP

Primo trimestre SENZA CALCOLO DEL RISCHIO (solo biochimico PAPP - HCG) SG Preeclampsia screening senza calcolo del rischio (solo biochimico) SG Rischio di preeclampsia dalla 20a settimana di gravidanza sFlt-1/PIGF-Quotient S

SSL: 45-84 mm, SSW 11+0 a 13+6, PAPP-A, f-HCG SSW 11+0 a 13+6 PIGF, PAPP-A, f-HCG

All'occorrenza è possibile richiedere un test del secondo trimestre (AFP, BHCG libera) dalla settimana gestazionale 14+6 alla

Dati della paziente in gravidanza

Anamnesi (importante per una completezza dei risultati, le informazioni anamnestiche sono essenziali)

Diabete mellito: No Diabete mellito Tipo I, insulin Diabete gestazionale, insulin

Diabete mellito Tipo II, dietetico Diabete gestazionale, dietetico

Diabete mellito Tipo II, insulin

Tabagismo: No Sì, quantità giornaliera

Etnia: europea asiatica afro-caraibica altre

Peso: kg Altezza: cm

Gravidanze precedenti anomale: No Se si: Trisomie 13, 18, 21

Anomalie di chiusura del tubo

Altre Anomalie

Numero gravidanze Numero nascite precedenti: Numero aborti

Gravidanze dopo IVF/ICSI: No Sì

Donatrice ovuli: No Sì

Data congelamento: Data trasferimento:

Data fecondazione: Età donatrice:

Per ulteriori dettagli sui subappaltatori e analisi al di fuori dell'area accreditata, fare riferimento all'elenco delle analisi su www.medisyn.ch



