

RICHIESTA PER BITEST

DATI ANAGRAFICI

Nome: _____ Cognome: _____
 Codice fiscale: _____
 Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____
 Residente a: _____ Via: _____
 Data prelievo: _____ Medico/Struttura richiedente: _____

ESAMI DI LABORATORIO

PAPP-A e FREE BETA-hCG BI TEST (test combinato con elaborazione)
 compilare anche la parte sottostante

DATI ECOGRAFICI

Data ultima mestruazione: _____ Data ecografia: _____
 Misurazione CRL: mm. _____ Traslucenza nucale *: mm. _____
 Ecografista: _____ Firma: _____
 Certificato da: _____

* Standardizzazione: Fetal Medicine Foundation Regulations for Certification in the 11-13 week scan, www.fetalmedicine.com

FATTORI DI CORREZIONE UTILIZZATI SUL DATO BIOCHIMICO

Peso materno alla data del prelievo: kg _____ altezza: _____
 Origine etnica: Caucasica Africana Nord africana Asiatica Altro _____
 Ossa nasali: Presenti Assenti Pielectasia: Presente Assente
 Femore corto: Presenti Assenti Focus ecogeno cardiaco: Presente Assente
 Intestino ecogeno: Presenti Assenti Cisti dei plessi corioidei: Presente Assente
 Ventricolomegalia: Presente Assente Arteria ombelicale unica: Presente Assente
 Plica nucale spessa: Presente Assente Arteria succlavia aberrante: Presente Assente
 Flusso dotto anomalo: Presente Assente Rigurgito tricuspideale: Presente Assente
 Fumatrice: SI NO
 Diabete insulino-dipendente: SI NO
 Precedenti nati affetti da aneuploidie cromosomiche: SI NO T21 T13/T18
 Gravidanza gemellare: SI NO
 Gravidanza IVF, stimolazioni ovariche: SI NO
 Ovodonazione: SI Età/anno di nascita della donatrice: _____ NO
 Trasferimento di embrioni congelati: SI NO

Avendo ricevuto, letto e compreso l'informativa a me consegnata, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inerenti la salute ai sensi degli articoli 4, 9 GDPR secondo le finalità per le quali sono stati raccolti e/o trasmessi, ai sensi e nel rispetto delle modalità e dei limiti previsto dalla D.Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016. In particolare presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per fini diagnostici, statistici, epidemiologici e di ricerca (in forma anonima).

Dichiaro di essere consapevole che il BITEST (dosaggio PAPP-A e free beta-hCG) darà come risposta una stima del rischio della Sindrome di Down e di altre anomalie cromosomiche.

Ho inteso che il BITEST non è un test diagnostico ma un test di screening probabilistico, che non esclude la possibilità che il feto presenti Sindrome di Down o altre anomalie cromosomiche.

Attesto che mi sono state date in modo chiaro ed esauriente le spiegazioni che ho richiesto relativamente all'esame. Acconsento dunque, a sottopormi all'indagine di mia spontanea volontà ed in piena consapevolezza.

Firma paziente _____