

RICHIESTA PER BITEST

DATI ANAGRAFICI

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

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 previsti 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 PPP-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 _____