



ALFA FETO PLUS (TRIPLE TEST)

Estimado/a paciente:

Para realizar este estudio, por favor, dedique unos minutos a leer con atención y completar la siguiente información.

Triple rastreo serológico entre las **semanas 16 y 20 del embarazo.**

Protocolo n.º:					Fecha de extracción: (día-mes-año)				
Apellido y nombres del médico:									
Apellido y nombres de la paciente:									
Fecha de nacimiento: (día-mes-año)					Peso materno: (kg)				
Raza:	H		A		N		Diabética	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Edad gestacional por ecografía	Semanas						Fecha de ecografía		
Embarazo	Único			Gemelar			F. U. M.		
Historia familiar DCTN	Sí						No		

RESULTADOS	AFP:	UI/ml	HCG	UI/l	UE3	ng/ml

COMENTARIOS



NOTIFICACIÓN

Este test se utiliza como *screening* en mujeres embarazadas, para poder detectar:

- Defectos del tubo neural
 - anencefalias (95-100 %)
 - espina bífida (80-90 %)
- Síndrome de Down (80 %, es decir, 1 cada 2000 **no** se detectan)

Declaro que los datos que he proporcionado son fehacientes y doy mi aprobación para la realización de este triple test, Alfa Feto Plus, de cuyos alcances he sido informada.

FIRMA.....

ACLARACIÓN.....

Si tiene dudas, antes de completar esta ficha, por favor, comuníquese con el laboratorio.