Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia

	TIMBRO CENTRO di COSTO

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER DIAGNOSI PRENATALE

Buongiorno,
in vista dell'esecuzione dell'ecografia per lo studio della translucenza nucale e successivo calcolo dell'esito del bitest le chiediamo di compilare questo breve questionario anamnestico e di consegnarlo al medico che effettuerà l'ecografia il giorno dell'appuntamento.
Questo questionario ha il fine di valutare se nella sua storia ostetrica, nella storia del suo compagno o nella storia delle vostre famiglie ci siano altre condizioni cliniche che siano meritevoli di consulto genetico e, se lo desiderate, approfondimento diagnostico in questa gravidanza.

Cognome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo di nascita |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di nascita |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| Data ultima mestruazione |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Questa gravidanza è stata concepita con tecniche di procreazione medicalmente assistita? Se si, specificare se FIVET/ICSI con gameti propri o se eterologa (ovodonazione/spermio donazione) ……	SI ❑ NO ❑
Lei o il padre del bambino siete portatori/portatori sani di sindromi genetiche (es anemia mediterranea)? Se si, specificare chi e quale ……	SI ❑ NO ❑
Lei o il padre del bambino siete portatori/portatori sani di traslocazioni cromosomiche bilanciate? Se si, specificare chi e quale ……	SI ❑ NO ❑
Lei o il padre del bambino affetti da malformazioni congenite (esempio malformazioni cardiache presenti dalla nascita)? Se si, specificare chi e quale ……	SI ❑ NO ❑
Ha avuto figli in pregresse gravidanze con anomalie cromosomiche? Se si, specificare chi e quale ……	SI ❑ NO ❑
Ha avuto figli in pregresse gravidanze con malformazioni maggiori? Se si, specificare chi e quale ……	SI ❑ NO ❑
Nella sua famiglia o in quella del padre del bambino ci sono casi di portatori di sindromi genetiche (es fibrosi cistica)? Se si, specificare patologia e grado parentela ……	SI ❑ NO ❑

Data |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___| Firma: _____

Firma del medico per presa visione_____ (Matr. |__|__|__|__|__|__|)