

## Evaluation du risque de syndrome de Down

Médecin :

Signature :

N° tél. :

N° fax :

Badge Patiente :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Mutuelle :

### TRIPLE TEST DU PREMIER TRIMESTRE (tube brun grand)

#### Renseignements

Date de la prise de sang (jour, mois, année) :

**TERME PREVU** :

ECHOGRAPHIE LE :

CRL : ..... mm

BIP : ..... mm

Epaisseur de Clarté Nucale : ..... mm

#### Informations

Poids maternel au moment de la prise de sang (Kg) :     ,

Nombre de fœtus :

Fumeuse :                      inconnu                       non                       oui

Diabète insulo-dépendant :                      oui

Prise d'acide folique :                      inconnu                       non                       oui

Groupe ethnique :                      inconnu                       caucasienne                       africaine                       asiatique

Grossesse FIV :