

## CONSENSO INFORMATO

Le indagini biochimiche e le misure ecografiche relative ai test sottoindicati servono a calcolare la probabilità che il feto sia affetto dalle patologie cromosomiche di numero più frequenti: trisomia 21 (sindrome di Down), trisomia 18 (sindrome di Edwards) e trisomia 13 (sindrome di Patau). Il risultato del test **non è una diagnosi** (feto sano/affetto) ma esprime una probabilità. Se il test è ad alto rischio non significa che il feto sia affetto e in questo caso la donna può scegliere di effettuare l'esame diagnostico: **l'amniocentesi**.

Un risultato di basso rischio non esclude la patologia.

Ho letto e compreso le informazioni allegate.

Ho avuto la possibilità di chiedere chiarimenti.

Scelgo di eseguire l'esame prescelto barrando il corrispondente test sotto indicato.

**il test integrato completo:** primo prelievo di sangue tra la 10<sup>a</sup> e la 12<sup>a</sup>.6 settimana, e un secondo prelievo tra la 15<sup>a</sup> e la 18<sup>a</sup> settimana. In occasione del secondo prelievo la Signora deve consegnare il referto ecografico della traslucenza nucale.

**il test integrato completo sierico:** primo prelievo di sangue tra la 10<sup>a</sup> e la 12<sup>a</sup>.6 settimana, e un secondo prelievo tra la 15<sup>a</sup> e la 18<sup>a</sup> settimana.

**il test quadruplo:** il prelievo di sangue tra la 15<sup>a</sup> e la 18<sup>a</sup> settimana.

**il tri test:** il prelievo di sangue tra la 15<sup>a</sup> e la 18<sup>a</sup> settimana.

**il test combinato:** prelievo di sangue tra la 10<sup>a</sup> e la 13.6 settimana con associato misura della traslucenza nucale.

L'**Alfafetoproteina**, dà informazioni sulla probabilità che il feto sia affetto da alcuni tipi di malformazioni anche non associate a patologie cromosomiche.

Viene considerata elevata quando il valore è superiore a 2,5 MoM.

In questo caso verranno proposti controlli ecografici.

Brescia, .....

Firma Gestante .....

Firma del Curante .....



Presidio Ospedaliero  
di Brescia

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Spedali Civili

# CALCOLO DEL RISCHIO DI ANOMALIA CROMOSOMICA FETALE

*barrare il test prescelto*

- TEST INTEGRATO
- TEST INTEGRATO SIERICO
- TEST QUADRUPLO
- TRI TEST
- TEST COMBINATO

Scheda di raccolta dei dati  
anagrafici e biometrici

*A cura del Ginecologo Curante*

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

UOC Laboratorio Analisi Chimico Cliniche SMeL 369



**Settore Ormoni**

*Responsabile: Dott. C. Iacobello*

DIPARTIMENTO OSTETRICO-GINECOLOGICO E NEONATOLOGICO  
CLINICA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

*Direttori: Prof. Enrico Sartori, Prof. Franco E. Odicino*

**Centro di Diagnosi Prenatale**

*Tel. 030/3995814 – Fax 030/3996027*

*Responsabile: Dott. M. Signorelli*

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta sotto qualsiasi forma senza autorizzazione scritta dal centro di Diagnosi Prenatale dell'ASST degli Spedali Civili di Brescia

Ultima modifica 9 giugno 2021

Centro Stampa Spedali Civili - E 06 76 003 - Ostetricia

## Scheda dati personali

### Da consegnare al momento del prelievo. **SCHEDA A**

Gentile Signora, la preghiamo di compilare in modo chiaro e preciso la scheda dati personali e di firmare il consenso informato sul retro della presente.

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Cognome e nome del partner	
Indirizzo	
Città	
Provincia	
CAP	
Telefono (anche più di uno)	
Ginecologo curante	
Parto previsto presso l'ospedale di	
Fumo sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Peso attuale (Kg):
Ho ricevuto la scheda informativa?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

## Spazio riservato al curante

### SCHEDA B

#### Test Integrato

Da consegnare al prelievo del 1° trimestre insieme alla SCHEDA A Indispensabile segnare sulla scheda C la data del 2° prelievo (che si effettua dopo la 15ª settimana di martedì).

#### Test Combinato

Allegare translucenza nucale, se già effettuata, oppure inviarla via fax allo 030.3995646

Data esecuzione 1° prelievo:	UM:
EPP:	EPP (ECO):
Settimana di amenorrea al 1° prelievo:	Settimana ecografica al 1° prelievo:
Note:	

#### Test Quadruplo Tri Test

Da consegnare al prelievo insieme alla SCHEDA A

Data esecuzione prelievo:	UM:
EPP:	EPP (ECO):
Settimana di amenorrea al prelievo:	Settimana ecografica al prelievo:
Note:	
firma di chi compila la scheda	

## Da consegnare al 2° prelievo

### SCHEDA C

Cognome:	
Nome:	
Data di nascita:	
N. Tel.:	
<b>Data esecuzione prelievo 2° trimestre:</b>	
Settimana di amenorrea al 2° prelievo:	
Settimana ecografica al 2° prelievo:	
La Signora ha deciso di eseguire:	
<input type="checkbox"/> Test Integrato (porta valore NT al 2° prelievo) <input type="checkbox"/> Test integrato Sierico	
Note:	