

DATI GESTANTE		
Cognome		
Nome		
Data di nascita		
Via		N.
Città		Prov.
Telefono		
Cellulare		

GINECOLOGO CURANTE	
Nome	
Parto previsto presso	

La gestante ha ricevuto tutte le informazioni riguardanti l'efficacia del test combinato avendo la possibilità di chiedere chiarimenti in proposito.  
La gestante intende sottoporsi al test combinato.

Data \_\_\_\_\_

Firma della Gestante \_\_\_\_\_

Firma del Ginecologo \_\_\_\_\_

DATI ANAMNESTICI E BIOMETRICI			
<b>Data prelievo</b>	Gruppo etnico		
<b>EG al prelievo</b>	bianco	nero	asiatico
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precedenti nati affetti da cromosomopatie	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	
Trisomia 13 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	Altro _____

U.M. _____	Ecografista _____
E.P.P. _____	Reg. FMF _____
E.P.P.US _____	
<b><u>Gemello 1</u></b> CRL mm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NT mm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b><u>Gemello 2</u></b> CRL mm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NT mm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E.G. all'ecografia _____	Firma Ecografista _____
Data ecografia _____	_____
Corionicità: <input type="checkbox"/> Bicornale	<input type="checkbox"/> Monocoriale
Amnioticità: <input type="checkbox"/> Biamniotica	<input type="checkbox"/> Monoamniotica
Fumo <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Metrorragia <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Gravidità <input type="text"/> <input type="text"/>	Parità <input type="text"/> <input type="text"/>
Peso materno (al momento del prelievo)	Kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## COSA E' IL TEST COMBINATO

Il Test Combinato si basa sull'utilizzo di una tecnica combinata che associa all'esame ecografico della **translucenza nucale (TN)** un'analisi biochimica del sangue materno.

Nell'esame ecografico viene misurata la TN, una zona compresa tra la cute e la colonna cervicale del feto. Nel campione di sangue si misura la concentrazione di due molecole prodotte a livello della placenta: la **Free-Beta hCG** e la **PAPP-A**.

Scopo dell'esame è quantificare il rischio che il feto possa essere affetto da Sindrome di Down (Trisomia 21) o da Sindrome di Edwards (Trisomia 18). Se per esempio il risultato è 1:1000 questo significa che la probabilità o il rischio è di 1 caso su 1000.

Se la probabilità va oltre 1:250 il test è da considerarsi **NEGATIVO** cioè a basso rischio di anomalia cromosomica. Se la probabilità è compresa tra 1:1 e 1:250 il rischio che il feto sia affetto è da considerarsi elevato. In questo caso il test è **POSITIVO**.

Un risultato di alta probabilità non significa che il bambino sia affetto dalla Trisomia 21 o 18. Per confermare o escludere il sospetto che lo sia, è necessario sottoporsi ad esame invasivo per l'analisi del cariotipo (amniocentesi o biopsia dei villi coriali).

La sensibilità del test combinato è superiore al 75% nella gravidanza gemellare, con il 5% di falsi positivi.

**Il momento migliore per eseguire il Test Combinato è tra le 11<sup>+0</sup> e le 13<sup>+6</sup> settimane di gravidanza.**

**L'ecografia** deve essere effettuata tra le 11<sup>+0</sup> e le 13<sup>+6</sup> settimane presso l'Ambulatorio Gravidanze Gemellari dell'U.O. Medicina Materno Fetale Spedali Civili (per prenotazioni tel. 030-3996664 da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00)

La prestazione è gratuita con l'impegnativa del medico curante. Nell'occasione il ginecologo che esegue la misura della TN darà anche delle indicazioni precise sulla data in cui effettuare il prelievo

Il **prelievo** verrà eseguito contestualmente alla ecografia consegnando all'ambulatorio **le etichette** e la **ricevuta del pagamento (Euro 70)** prodotti dall'Ufficio Cassa – Piano Terra nella Palazzina dei Servizi Ambulatoriali (Area Stauffer) antistante l'entrata principale degli Spedali Civili.

**Non è necessario** il digiuno.



**SPEDALI CIVILI BRESCIA**  
Azienda Ospedaliera

## **DETERMINAZIONE DEL RISCHIO DI ANOMALIA CROMOSOMICA**

# **TEST COMBINATO NELLA GRAVIDANZA GEMELLARE**

---

Scheda di raccolta dei dati  
anagrafici e biometrici

---

*da parte del Ginecologo dell'Ambulatorio Gravidanze  
Gemellari*

---

### **DIPARTIMENTO OSTETRICO GINECOLOGICO**

*Direttori: Prof. S. Pecorelli – Prof. E. Sartori*  
Medicina Materno-Fetale - Ambulatorio Gravidanze Gemellari –  
SSVD Centro di Diagnosi Prenatale

---

### **DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO**

**3° Servizio Analisi Chimico Cliniche**  
*Direttore: Prof. Luigi Caimi*  
**SETTORE ORMONI**  
*Responsabile: Dott. C. Iacobello*

