

## PERCORSO PRENATALE SCHEMA DI RACCOLTA DATI PERSONALI E FAMILIARI

### Dati anagrafici

#### Gestante

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

#### Coniuge/Partner

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

### Informazioni sulla gravidanza attuale

Primo giorno ultime mestruazioni \_\_\_\_\_

Gravidanza  Singola  Gemellare

Ha fatto ricorso a metodiche di fecondazione medicalmente assistita?

Sì  No

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno gestante \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno coniuge/partner \_\_\_\_\_

## PERCORSO PRENATALE SCHEMA DI RACCOLTA DATI PERSONALI E FAMILIARI

Ha eseguito ecografia ostetrica?  Sì  No

Se sì, quando?

Risultato \_\_\_\_\_

Ha eseguito test di screening biochimico/ecografico per anomalie cromosomiche fetali (bi-test/SCA test)?  Sì  No

Risultato \_\_\_\_\_

### **Informazioni sulla gravidanza precedenti**

Ha avuto altre gravidanze?  Sì  No

Quante? \_\_\_\_\_

Ha altri figli?  Sì  No

Quanti? Maschi? Femmine? \_\_\_\_\_

Ha avuto aborti spontanei o interruzioni volontarie di gravidanza?

Sì  No

Quanti? \_\_\_\_\_

## PERCORSO PRENATALE SCHEMA DI RACCOLTA DATI PERSONALI E FAMILIARI

---

### Storia familiare di malattie genetiche

Lei o il Suo coniuge/partner siete affetti da o portatori sani di condizioni geneticamente trasmesse?

Sì  No

Quali? \_\_\_\_\_

---

A Sua conoscenza, ci sono o sono stati casi nelle Vostre famiglie di malformazioni, malattie genetiche, disabilità intellettiva/ritardo di sviluppo psicomotorio, abortività ripetuta?

Sì  No

Se sì, quali condizioni e quali parenti ne sono affetti? \_\_\_\_\_

---

Tra Lei e il Suo coniuge/partner c'è qualche rapporto di parentela?

Sì  No

Se sì, quale (es. cugini di I grado)? \_\_\_\_\_

---