

Percorso di accesso al NIPT ***MODULO ANAMNESTICO PER GINECOLOGO o OSTETRICA CURANTE**
(professionista non SSN)**DATI SIGNORA**

NOME _____ COGNOME _____

C.F. _____

DATA DI NASCITA/...../.....

N° telefono (dove potrà essere contattata in caso di necessità) _____

U.M.:/...../.....

Peso altezza BMI :

GEMELLARITÀ SI NO

DICHIARAZIONI DEL PROFESSIONISTA (nome e cognome)

Assenza di criteri di esclusione all'esecuzione del NIPT SI NO

Fornite informazioni e discusse con la donna/coppia SI NO

Ricevuto consenso firmato da parte della donna alla esecuzione del NIPT SI NO

DATA CONCORDATA PER L'ESECUZIONE DEL PRELIEVO:/...../.....

Data/...../.....

FIRMA E TIMBRO