

### SOLICITUD DE EXÁMENES

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

#### Tamizaje del Primer Trimestre del Embarazo (semanas 11-13.6 de gestación).

- 1) **Tamizaje combinado:** marcadores ultrasonográficos y bioquímicos (B-HCG libre y PAP A para cromosopatías y PLGF para pre eclampsia).
- 2) **Tamizaje ultrasonográfico.**
- Ultrasonido Morfológico o Estructural del Segundo Trimestre del Embarazo (semanas 20-24 de gestación).**
- Ultrasonido Doppler (perfil biofísico).**
- Amniocentesis.**

Observaciones:

Médico solicitante: