

**PAP-A APPLICATION FORMULAR**  
**FORMULAR APLIKIMI**  
**për**  
**PAPP-A**

---

Mbiemri: \_\_\_\_\_  
(Surname)

Emri: \_\_\_\_\_  
(Name)

Mjeku që e dërgon : \_\_\_\_\_  
(Referring Physician)

Data e lindjes e gruas shtatëzanë (data/muaji/viti): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Patient date of birth)

Dita e parë e ciklit (periodave) të fundit (data/muaji/viti): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(First day of the last periods)

Pesha e gruas shtatëzanë: \_\_\_\_\_  
(Patient weight)

Anamëzë për fëmijën e lindur me DOWN : \_\_\_\_\_  
(History for Down)

Anamëzë për fëmijën e lindur me Spina Bifida : \_\_\_\_\_  
(History for Spina Bifida)

Anamëzë për Diabet : \_\_\_\_\_  
(History for Diabetes)

Data e marrjes së gjakut (data/muaji/viti) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Collection date)

Mosha e barrës sipas ECHO\_s : \_\_\_\_\_  
(Gestational Age)

Matjet CRL: \_\_\_\_\_

NT (transparenca nukale): \_\_\_\_\_

Numri i embrioneve që duken në ECHO: \_\_\_\_\_  
(Number of Fetuses)

Data e ECHO\_s (data/muaji/viti): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Date of Echos, Ultrasound)

Fekondim In Vitro:     PO(Yes)     JO (No)

IVF status

Dhurim i vezëve:     PO(Yes)     JO (No)  
*Donating Eggs*

Probleme gjatë shtatëzanisë:  
*(Problems during pregnancy)* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_