

FORMULAR APLIKIMI PËR ALFA-TEST
ALFA TEST APPLICATION FORMULAR

(15 javë/week – 19 javë/week + 6 ditë/day)

Mbiemri / **Surname**: _____

Emri / **Name**: _____

Data e lindjes e gruas shtatëzanë: ____/____/____

Patient birthday (date/month/year)

Dita e parë e ciklit të fundit: ____/____/____

First day of the last periods (date/month/year)

Data e Echo-s: ____/____/____

Echo date, Ultrasaund (date/month/year)

Anamnezë për fëmijën e lindur me DOWN / **History for Down Syndrome**:

Anamnezë për fëmijën e lindur me Spina Bifida/ **History for Spina Bifida**:

Anamnezë për Diabet / **History for Diabetes**: _____

Mosha e barrës sipas ECHO-s / **(Gestational Age)**: _____

Matjet BPD / **Measurement of BPD**: _____

Pesha e gruas shtatëzanë / **Patient weight**: _____

Numri i embrioneve / **Number of Fetuses**: _____

Data e marrjes së mostrës / **Collection date (date/month/year):** ___/___/___

Fekondim In Vitro / **IVF status:** PO (Yes) JO (No)

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

Probleme gjatë shtatëzanisë / **Problems during pregnancy:**

