

**FORMULAR APLIKIMI PER PAPP-A**  
**PAPP-A APPLICATION FORMULAR**

---

Mbiemri / *Surname*: \_\_\_\_\_

Emri / *Name*: \_\_\_\_\_

Mjeku që e dërgon / *Recommender doctor*: \_\_\_\_\_

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)*:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pesha e gruas shtatëzanë / *Patient weight*: \_\_\_\_\_

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

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

Anamnezë për Diabet / *History for Diabetes*: \_\_\_\_\_

Data e marrjes së gjakut / *Collection date (date/month/year)*: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Matjet CRL / *Measurement of CRL*: \_\_\_\_\_

Matja e NT (transparenca nukale)/ *Measurement of NT*: \_\_\_\_\_

Numri i embrioneve / *Number of Fetuses*: \_\_\_\_\_

Data e ECHO-s / *Echo date, Ultrasaund (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:*

---

---

---

