

Servizio Sanitario Nazionale
REGIONE TOSCANA

Libretto n. _____
Anno _____
Azienda USL _____

1

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome

Nome

Indirizzo

**PRIMO TRIMESTRE
Da 7° SETTIMANE**

- gruppo sanguigno e fattore Rh
- test di Coombs indiretto⁽¹⁾
- esame emocromocitometrico completo con conteggio piastrine
- dosaggio emoglobine (HbA2; HbF; Hb anomale)
- rubeotest⁽²⁾
- toxotest⁽²⁾
- HCVAb⁽³⁾
- HIVAb⁽⁴⁾
- glicemia⁽⁵⁾
- VDRL TPHA
- esame urine —
- urinocoltura —

Nominativo professionista e qualifica

Data

Firma e timbro



U.P. ATTIVITA' CONSULTORIALI

Azienda USL Toscana
Via Toscana, 8

A giudizio del professionista alcuni di questi esami possono non essere effettuati se eseguiti in tempi relativamente recenti. In questo caso possono essere depennati.



Servizio Sanitario Nazionale
REGIONE TOSCANA

Libretto n.	_____
Anno	_____
Azienda USL	_____

13

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

**TERZO TRIMESTRE
 da 28^o a 32^o SETTIMANE**

Firmare e timbrare solo gli esami da effettuare:

- Esame emocromocitometrico completo con conteggio piastrine

Nominativo professionista e qualifica _____

Data _____ Firma e timbro _____

[Signature]

 Azienda USL _____

- Toxotest in caso di negatività⁽²⁾

Nominativo professionista e qualifica _____

Data _____ Firma e timbro _____