

## A. Datos clínicos adicionales de la gestante

<b>IdNum</b>	M					<b>Cohorte INMA – Sabadell</b>
						CAP _____
						Nº H. Clínica _____
Responsable: _____						

**PRUEBAS DE LABORATORIO DURANTE LA GESTACIÓN:**

PRUEBAS	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____
TOXOPLASMOSIS				
SÍFILIS (VDRL-RPR)				
HIV				
HBs Ag (Hepatitis B)				
RUBÉOLA (Ig g)				
TTOG				
TEST O'SULLIVAN				
Hemoglobina (gr/dl)				
Acs hepatitis C				

Fecha / Peso	Fecha / Peso	Fecha / Peso	Fecha / Peso	Fecha / Peso
___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____
_____ Kg	_____ Kg	_____ Kg	_____ Kg	_____ Kg

<b>Madre</b>	Grupo ____
	Rh: _____
<b>Padre</b>	Grupo ____
	Rh: _____

**Comentarios**

---



---



---



---



---