

Lähetäjä

Lähetävä yksikkö: _____

Vastausosoite: _____

Laskutusosoite: _____

Lähetävä lääkäri: _____

Puh: _____ Sähköposti: _____

Viivakoodi

Lähetäjän näytetunnustenro:

Laboratorion tutkimusno:

Näyte otettu:

Saapui laboratorioon:

Testattava

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Kliiniset esitiedot: _____

Raskauden tiedot

Raskauden kesto (näytteenottopäivänä): _____ Sikiöiden lukumäärä: _____

UÄ CRL _____

Muu, mikä: _____

IVF implantaatio, pvm. _____

Indikaatio:

Trisomiaseula positiivinen

Äidin ikä

T21 riski _____

UÄ-löydös

T18 riski _____

Muu _____

Niskaturvotus, paksuus _____ mm

Aikaisempi trisomia, mikä _____

Sikiön sukupuoli

Haluaa tietää

Ei halua tietää