
TUTKITTAVAN TIEDOT

Nimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Puhelin koti:

työ:

TUTKIMUKSEN TILAAJA

Tilaaaja:

Tilaaajan osoite:

Puh:

Vastausosoite, jos eri kuin tilaajalla:

RASKAUDEN KESTO

Ultraääni tehty ____ . ____ . 20 ____ . Raskauden kesto UÄ:n tekopäivänä H ____ + ____

NÄYTE

Verinäyte otettu ____ . ____ . 20 ____

TULOS**S-AFP (kU/l)** _____Raskauden keston mukainen AFP-tuloksen **MoM** * _____**Lausunto:** AFP ei ole poikkeavan korkea Poikkeavan korkea AFP-tulos, suositellaan jatkotoimenpiteitä

Turku ____ . ____ . 20 ____

Allekirjoitus: _____

* MoM = mediaanin (keskiluvun) kerrannainen

Tiedustelut:Tykslab, Erikoiskemian laboratorio, osasto 931
Puh. (02) 313 2921**Näytteiden lähetys:**Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri, Tykslab
Näytelogiikkakeskus, osasto 909
PL 52, 20520 Turku