



LÄHETE
11146 S-AFP-grav
S-Alfa-1-fetoproteiini, raskauden aikana

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

Postiosoite:
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKSLAB
Osasto 931, Erikoiskemia
PL 52, 20521 Turku
puh (02) 313 2921

Näytteiden lähetys:
Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri, TYKSLAB
Näytteiden vastaanotto / Osasto 909
Kiinamylynkatu 4-8, 20520 Turku