

**MODERNS UPPGIFTER**

Namn: \_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Kontakttelefon: \_\_\_\_\_

Moderns bakgrund:  europeisk,  afrikansk-karibisk,  asiatisk,  från Mellanöstern,  annanTidigare kromosomavvikelser:  har inte konstaterats,  21-trisomi,  18-trisomi,  13-trisomi

---

**BESTÄLLARE AV UNDERSÖKNINGEN**

Rådgivningsbyrån: \_\_\_\_\_

Svarsadress: \_\_\_\_\_

Beställarens telefon: \_\_\_\_\_

---

**UNDER DEN HÄR GRAVIDITETEN**

Moderns vikt \_\_\_\_\_ kg

Insulinbehandling, typ I diabetes  nej  jaRökning under graviditeten  nej  jaProvrörsbefruktning  nej  ja → Fyll i uppgifterna nedan !

Ålder på donatorn av äggceller ( moder / främmande donator ) vid donationstiden: \_\_\_\_\_ år

Datum för implantering av embryo: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_

Annat: \_\_\_\_\_

---

**GRAVIDITETSTIDEN OCH FOSTRETS NACKSVULLNAD**

Ultraljudet gjort \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_ , CRL \_\_\_\_\_ mm → Graviditetstiden H \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Antal foster \_\_\_\_\_ st Fostrets nacksvullnad (NT) \_\_\_\_\_ mm

Ultraljud, enhet: \_\_\_\_\_ Ultraljud, undersökare: \_\_\_\_\_

---

**BLODPROV**

Senaste menstruationen började \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_

→ Provtagningsdatum \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_

---

**Postadress:**Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, TYKSLAB  
Avdelning 931, Special  
PB 52, 20521 Åbo  
Tfn. (02) 313 2921**Provförändelser:**Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, TYKSLAB  
Mottagning av prover / Avdelning 909  
Kinakvarngatan 4-8, 20520 Åbo