

ÄIDIN TIEDOT

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Yhteydenottopuhelin: _____

Äidin tausta: eurooppalainen, afrikkalais-karibialainen, aasialainen, Lähi-idästä, muuAiempia kromosomihäiriöitä: ei todettu, 21-trisomia, 18-trisomia, 13-trisomia**TUTKIMUKSEN TILAAJA**

Neuvola / tilaaja: _____

Tilaajan osoite: _____

Tilaajan puhelin: _____

Vastausosoite: **VSSH, TYKSLAB os. 931, PL 52, 20521 Turku****TÄMÄN RASKAUDEN AIKANA**

Äidin paino: _____ kg

Insuliinihoito, tyypin I diabetes ei kylläTupakointi raskauden aikana ei kylläKoeputkihedelmöitys ei kyllä → Täydennä myös alla olevat tiedot!

Munasolun luovuttajan (äiti itse / vieras luovuttaja) ikä luovutushetkellä: _____ vuotta

Alkionsiirtopäivä: _____ . _____ . 20 _____

Muuta: _____

RASKAUDEN KESTO

Ultraääni tehty _____ . _____ . 20 _____ , Raskauden kesto UÄn tekopäivänä H _____ + _____

Sikiöiden lukumäärä _____ kpl

NÄYTE

Verinäyte otettu _____ . _____ . 20 _____

Postiosoite:Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKSLAB
Osasto 931, Erikoiskemia
PL 52, 20521 Turku
Puh: (02) 313 2921, Telefax: (02) 313 3920**Näytteiden lähetys:**Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri, TYKSLAB
Näytteiden vastaanotto / Osasto 909
Kiinamylynkatu 4-8, 20520 Turku