

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

NÄYTEVerinäyte otettu _____ . _____ . 20 _____

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