REMISS

TYKSLAB

4548 S-Tr1Seul H10+0 – H12+6

S-Sållning av utvecklingsstörningar hos foster, första trimestern

MODERNS UPPGIFTER

Namn:

Personbeteckning:

Adress:

Telefon hem: arbete:

Moderns bakgrund: europeisk ☐ afrikansk ☐ asiatisk ☐ annan ☐ vilken:

Man önskar modern meddelas om ett eventuellt avvikande resultat i sållningen

a) per telefon hem ☐ arbetet ☐

b) per brev ☐

BESTÄLLARE AV UNDERSÖKNINGEN

Rådgivningsbyrån: Kommun:

Beställarens adress:

Tfn:
Svarsadress, om annan än hos beställare:

UNDER GRAVIDITETEN

Moderns vikt _____kg

Graviditet som börjat som resultat av infertilitetsbehandlingar ☐

Typ I diabetes (insulinbehandling) ☐

Rökning under graviditeten ☐

Annat:

GRAVIDITETSTIDEN OCH FOSTRETS NACKUPPKLARNING

Ultraljudet gjort_____._____. 20_____ , då CRL _____(mm) -> Graviditetstiden dagen då ultraljudet gjordes

H_____+_____

Fostrets nackuppklarning (NUPP)_____ mm

Senaste menstruation började _____._____. 20_____

PROV

Blodprovet togs _____ . _____. 20_____

Postadress:
Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, TYKSLAB
Avdelning 931, Specialkemi
PB 52, 20521 Åbo
tfn (02) 313 2921

Skickande av proverna:
Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, TYKSLAB
Mottagning av prover / Avdelning 909
Kinakvarngatan 4-8, 20520 Åbo