

LÄHETE**4550 S-Tr2Seul****H 15+0 – 16+6****S-Sikiön kehityshäiriöiden seulonta, toinen trimesteri**

ÄIDIN TIEDOT

Nimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Puhelin koti:

työ:

TUTKIMUKSEN TILAAJA

Tilaaaja:

Kunta:

Tilajan osoite:

Puh:

Vastausosoite : **VSSHP, TYKSLAB os 931 PL 52, 20521 Turku**

RASKAUDEN KESTO

Ultraääni tehty ____ . ____ . 20 ____ . Raskauden kesto UÄ:n tekopäivänä H ____ + ____

NÄYTE

Verinäyte otettu ____ . ____ . 20 ____

TÄMÄN RASKAUDEN AIKANA

Äidin paino _____(kg)

kyllä ei

Kaksosraskaus

Insuliinihoito

Muuta:

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