

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

Beställare: _____

Beställarens adress: _____

Beställarens telefon: _____

Svarsadress: **VSSH, TYKSLAB os. 931, PL52, 20521 Turku**

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

Ultraljudet gjort _____ . _____ . 20 _____ , Graviditetstiden på ultraljudsdagen H _____ + _____

Antal foster _____ st

PROVBlodprovet togs _____ . _____ . 20 _____

Postadress:Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, TYKSLAB
Avdelning 931, Specialkemi
PB 52, 20521 Åbo
Tfn: (02) 313 2921, Telefax: (02) 313 3920**Provförändelser:**Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, TYKSLAB
Mottagning av prover / Avdelning 909
Kinakvarngatan 4-8, 20520 Åbo