

**S-Sällning av utvecklingsstörningar hos foster,
andra trimestern**

MODERNS UPPGIFTER

Namn:

Personbeteckning:

Adress:

Telefon hem:

arbete:

BESTÄLLARE AV UNDERSÖKNINGEN

Beställare:

Kommun:

Beställarens adress:

Tfn:

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

GRAVIDITETSTIDEN

Ultraljudet gjort ____ . ____ . 20 ____ . Graviditetstiden dagen då ultraljudet gjordes H ____ + ____

PROV

Blodprovet togs ____ . ____ . 20 ____

UNDER GRAVIDITETEN

Moderns vikt _____kg

ja nej

Tvillinggraviditet

Insulinbehandling

Annat:

Postadress:Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKSLAB
Osasto 931, Erikoiskemia
PL 52, 20521 Turku
puh (02) 313 2921
telefax (02) 313 3920**Scickande av proverna:**Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri, TYKSLAB
Näytteiden vastaanotto / Osasto 909
Kiinamylynkatu 4-8, 20520 Turku