



## Downin oireyhtymän riskin arviointi, 1. trimesteri

POTILAS:

<b>Henkilötunnus:</b>
<b>Nimi:</b>
<b>Puhelin:</b>

TUTKIMUKSEN PYYTÄJÄ/NEUVOLA

<b>Neuvolan nimi:</b>	<b>Asiakasnumero:</b>
<b>Pyytäjän osoite:</b>	<b>Vastausosoite, jos eri kuin pyytäjällä:</b>
<b>Puhelin:</b>	

ESITIEDOT:

<b>Viimeisten kuukautisten alkamispäivä:</b>	
<b>Äidin paino:</b>	<b>Insuliinihoito:</b> Ei ___ Kyllä ___
<b>Sikiöiden lukumäärä:</b>	<b>Tupakointi:</b> Ei ___ Kyllä ___
<b>Aiemmat kromosomihäiriöt:</b> Ei ___ Trisomia 18 ___ Trisomia 21 ___ Trisomia 13 ___	<b>Etnisyys:</b> Aasialainen ___ Lähi-idästä kotoisin ___ Afrikkalais- karibialainen ___ Muu ___ Eurooppalainen ___
IVF/ICSI-alkuisessa raskaudessa lisäksi:	Äidin/munasolunluovuttajan ikä keräyspäivänä: _____ vuotta Alkionsiirtopäivä:

<b>Näytteenottopäivä:</b>
---------------------------

<b>Ultraääni, pvm.:</b>	<b>jolloin UÄ:llä määritetty raskauden kesto:</b>	<b>UÄ:n tekijä:</b>	
<b>CRL-mitta (A-sikiö):</b>	(B-sikiö):	<b>NT-mitta (A-sikiö):</b>	(B-sikiö):