Downin oireyhtymän riskin arviointi, 1. trimesteri

|  |
| --- |
| POTILAS: |
| **Henkilötunnus:** |
| **Nimi:** |
| **Puhelin:** |
| TUTKIMUKSEN PYYTÄJÄ/NEUVOLA |
| **Neuvolan nimi:** | **Asiakasnumero:** |
| **Pyytäjän osoite:** | **Vastausosoite, jos eri kuin pyytäjällä:** |
| **Puhelin:** |
| ESITIEDOT: |
| **Viimeisten kuukautisten alkamispäivä:** |
| **Äidin paino:** | **Insuliinihoito:** | Ei \_\_\_\_ | Kyllä \_\_\_ |
| **Sikiöiden lukumäärä:** | **Tupakointi:** | Ei \_\_\_\_ | Kyllä \_\_\_ |
| **Aiemmat** **kromosomi-****häiriöt:** | Ei \_\_\_Trisomia 21 \_\_\_ | Trisomia 18 \_\_\_Trisomia 13 \_\_\_ | **Etnisyys:**  | Aasialainen \_\_\_ Afrikkalais-karibialainen ­­\_\_ Eurooppalainen \_\_\_ | Lähi-idästä kotoisin\_\_\_ Muu\_\_\_ |
| IVF/ICSI-alkuisessa raskaudessa lisäksi: | Äidin/munasolunluovuttajan ikä keräyspäivänä: \_\_\_\_\_\_ vuotta | Alkionsiirtopäivä: |
|  |
| **Näytteenottopäivä:** |
|  |
| **Ultraääni,** **pvm.:**  | **jolloin UÄ:llä määritetty****raskauden kesto:**  | **UÄ:n tekijä:** |
| **CRL-mitta** ISLAB 060-3 **(A-sikiö):** | (B-sikiö): | **NT-mitta** **(A-sikiö):** | (B-sikiö): |

