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): | | |

