Downin oireyhtymän riskin arviointi, 2. trimesteri

|  |
| --- |
| POTILAS: |
| **Henkilötunnus:** |
| **Nimi:** |
| **Puhelin:** |
| TUTKIMUKSEN PYYTÄJÄ/NEUVOLA: |
| **Neuvolan nimi:** | **Asiakasnumero:** |
| **Pyytäjän osoite:** |
| **Puhelin:** |
| **Vastausosoite,** **jos eri kuin pyytäjällä:** |
| ESITIEDOT: |
| **Viimeisten kuukautisten alkamispäivä:** |
| **Äidin paino:** | **Insuliinihoito:**  | Ei \_\_\_ | Kyllä \_\_\_ |
| **Sikiöiden lukumäärä:**(riskiä ei voida laskea monisikiöraskauksissa) | **Tupakointi:** | Ei \_\_\_ | Kyllä \_\_\_ |
| **Aiemmat** **kromosomihäiriöt:** | 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:**  |



ISLAB 061-4