

Lähete sikiön kromosomitutkimukseen

 TYKS Mikrobiologia ja genetiikka
 Lääketieteellinen genetiikka
 Kromosomilaboratorio
 Kiinamylynkatu 10, 20520 TURKU
 puh. (02) 313 7476, fax (02) 230 1280

Lähettäjän näytetunnistenumero _____

Laboratorion tutkimusnumero _____

Näyte otettu _____

Saapui laboratorioon _____

Lähettävä yksikkö	Vastaus- ja laskutusosoite (mikäli eri kuin lähettäjä)
--------------------------	---

Potilaan nimi _____	Henkilötunnus _____
----------------------------	----------------------------

Näyte		Raskauden kesto _____
<input type="checkbox"/> Istukka, määrä _____ mg		Pariteetti _____
<input type="checkbox"/> Lapsivesi, määrä _____ ml		
<input type="checkbox"/> kirkas	<input type="checkbox"/> ruskea	<input type="checkbox"/> vihreä
		<input type="checkbox"/> verinen
<input type="checkbox"/> Veri/napaveri määrä _____ ml		

Tutkimus					
3641	<input type="checkbox"/>	Cv-Kromos; kromosomitutkimus, istukka*	4799	<input type="checkbox"/>	Am-FISHAn; FISH-tutkimus aneuploidia, lapsivesi*
2150	<input type="checkbox"/>	Am-Kromos; kromosomitutkimus, lapsivesi*	4815	<input type="checkbox"/>	B -FISHAn; FISH-tutkimus aneuploidia, veri*
6061	<input type="checkbox"/>	Cv-TriNho; trisomia-PCR, istukka*	4325	<input type="checkbox"/>	PI-Kromos; kromosomitutkimus, istukkapala*
6059	<input type="checkbox"/>	Am-TriNho; trisomia-PCR, lapsivesi*			

Kliiniset esitiedot

Lähettävä lääkäri _____
pvm. _____ puh. _____ sähköposti _____