

Lähete NIPT-tutkimukseen (ei-invasiivinen trisomiaseula)TYKS Mikrobiologia ja genetiikka
Lääketieteellinen genetiikka M902
Kiinamylynkatu 10, 20520 TURKU
puh. (02) 313 7476 tai (02) 313 7475
fax (02) 230 1280Lähettäjän näytetunnistenumero _____
Laboratorion tutkimusnumero _____
Näyte otettu _____
Saapui laboratorioon _____**HUOM!** Näyte toimitettava laboratorioon viiden (5) vuorokauden kuluessa näytteenotosta.
Näytettä säilytetään huoneenlämmössä.

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

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

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Raskauden tiedot: Raskauden kesto _____ Sikiöiden lukumäärä _____ Indikaatio: <input type="checkbox"/> Trisomiaseula positiivinen T21 riski _____ T18 riski _____ <input type="checkbox"/> Aikaisempi trisomia, mikä _____ <input type="checkbox"/> Niskaturvotus, paksuus _____ mm <input type="checkbox"/> Äidin ikä <input type="checkbox"/> UÄ-löydös <input type="checkbox"/> Muu _____ Sikiön sukupuoli: <input type="checkbox"/> Haluaa tietää <input type="checkbox"/> Ei halua tietää |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| |
|----------------------------|
| Kliiniset esitiedot |
|----------------------------|

| |
|--------------------------------------------------------------------------|
| Lähettävä lääkäri _____ pvm. _____ puh. _____ sähköposti _____ |
|--------------------------------------------------------------------------|