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