



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:	Tupakointi: Ei ___ Kyllä ___
Aiemmat kromosomihäiriöt: Ei ___ Trisomia 18 ___ Trisomia 21 ___ Trisomia 13 ___	Etnisyys: Aasialainen ___ Lähi-idästä kotoisin ___ Afrikkalais-karibialainen ___ Muu ___ Eurooppalainen ___
IVF/ICSI-alkuisessa raskaudessa lisäksi:	Äidin/munasolunluovuttajan ikä keräyspäivänä: _____ vuotta Alkionsiirtopäivä:

Näytteenottopäivä:

Ultraääni, pvm.:	jolloin UÄ:llä määritetty raskauden kesto:
-------------------------	---