

## TUTKIMUKSEN TILAAJAN TIEDOT

Tilaajan nimi	Asiakasnumero	Puhelinnumero (lähetettä koskevien asioiden tiedustelu)
Tilaajan osoite	Vastausosoite, jos eri kuin tilaajalla:	

## ÄIDIN TIEDOT

Henkilötunnus	Suku- ja etunimi
Äidin tausta <input type="checkbox"/> eurooppalainen <input type="checkbox"/> aasialainen <input type="checkbox"/> afrikkalais-karibialainen <input type="checkbox"/> Lähi-idästä kotoisin <input type="checkbox"/> muu	

## TÄMÄN RASKAUDEN AIKANA

Näyte otettu (pv.kk.vv)	Viimeiset kuukautiset alkoivat (pv.kk.vv)	Äidin paino kg
Insuliinihoito, diabetestyyppi 1 <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Tupakointi raskauden aikana <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Sikiöiden lukumäärä <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Riskinarviointia ei tehdä mikäli sikiöitä on useampi kuin kaksi.	
IVF/ICSI-alkuisessa raskaudessa lisäksi: Äidin/munasolun luovuttajan ikä keräyspäivänä vuotta		Alkion siirtopäivä (pv.kk.vv)
Muuta lisättävää:		

## AIKAISEMMISSA RASKAUKSISSA TODETUT KROMOSOMIHÄIRIÖT

<input type="checkbox"/> Ei todettu	<input type="checkbox"/> T21-Trisomia	<input type="checkbox"/> T18-Trisomia	<input type="checkbox"/> T13-Trisomia
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

## RASKAUDEN KESTO

Ultraääni tehty (pv.kk.vv)			
CRL-mitta	mm	Sikiön niskaturvotus (NT)	mm
2. sikiö			
CRL-mitta	mm	Sikiön niskaturvotus (NT)	mm
UÄ:n tekijä	UÄ:n tekopaikka		

Pvm

Allekirjoitus

Nimenselvennys