



FOSTERDIAGNOSTISK ANALYSE

Pasient ID

Pasientens telefon:

Partner ID

Partners telefon:

Henviser:

Veiledet av:

Dato:

Indikasjon:

Ultralydfunn:

Siste menstruasjons 1. dag:

Svangerskapslengde:

Tidligere svangerskap / obstetrisk historie:

Familiehistorie (psykisk utviklingshemming / medfødte misdannelser / kjent arvelig sykdom):

Aldersrelatert risiko for kromosomavvik:

Justert risiko etter KUB

T21

T18

T13

Invasiv prøve

Amniocentese

CVS

Fostermedisinsk ultralydundersøkelse



SAMTYKKEERKLÆRING (i hht. Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi):
Jeg er informert om ovenstående og gir mitt samtykke til at undersøkelsen kan gjennomføres:

Underskrift

Merknad ved prøvetagning

Rhesus POS NEG Anti-D satt

Amniocentese (antall ml): dato:

INFORMASJON TIL LABORATORIET:

- Hurtigtest for trisomier (QF-PCR)
- Kopitallsanalyse (SNP-array)
- NIPT
- Andre lab.undersøkelser
- Foreldreprøver vedlagt
- Svangerskapsavbrudd begjært

Skal opplyses om kjønn: Ja Nei
