

Beställare/svarsmottagare

Patientidentitet

Kombikakod

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Annan betalare

Personnummer/reservnummer (om handskrivet) på mamman

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beställande läkare

Provtagningsinformation

Månad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Dag

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----

Timme

00	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

Minuter

00	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Provtagarens signatur

--

Patientsamtycke

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare) har fått information om - och samtycker till - att provet och tillhörande person- uppgifter får sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

- Nej Patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.
- Oförmögen Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

Akutsvar

Telnr.....

--

Provmaterial

- Amnion Fostervävnad lokalisation.....
- Chorionvilli Navelsträngsblod Befintligt foster-DNA (Ange ProviD).....

Önskad analys

- Array-CGH
- Genetisk utredning
- Karyotyp/Kromosomanalys
- QF-PCR

Graviditetens längd?

		+	
Vecka			Dag

Flerbörd? Ja Nej Om Ja, ange flerbördsID

Anamnes/frågeställning

Om kliniska uppgifter och/eller frågeställning krävs anges detta här

Benmargstransplanterad? Ja Nej

Organtransplanterad? Ja Nej

Om ja, specificera organtyp och kön på donatorn.....

Information om eventuell transplantation behövs för korrekt tolkning av eventuell könskromosomanalys.

Tidigare genetisk analys utförd på

- Patienten År.....
- Släkting År.....

Proband/Indexpatient i släkten

Namn:
Personnummer/reservnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0643647471