



Lähtettäjä – Avsändare	Osasto – Avdelning	Eriävä vastaus-/laskutusosoite – Avvikande svars-/faktureringsadress
Asiakasnumero – Kundnummer	Potilaan nimi – Patientens namn	Täydellinen henkilötunnus – Fullständig personbeteckning
Näytteenottopäivä – Provtagningsdatum		Hoitava lääkäri – Remitterande läkare

**Testivaihtoehdot / Undersökningar**

- 6373  B -NIPTtri Sikiön trisomiatutkimus äidin verinäytteestä / Fostrets trisomiundersökning av moderns blodprov (kromosomit / kromosomerna 13, 18, 21 ja / och X + Y)
- 6374  B -NIPTdel Sikiön trisomia- ja mikrodeleetiotutkimus / Fostrets trisomi- och mikrodeletionsundersökning (kromosomit / kromosomerna 13, 18, 21 ja / och X + Y ja kuusi mikrodeleetio-oireyhtymää / samt sex olika mikrodeletionssyndrom (CATCH/Di George, 1p36, Cri du Chat, Angelman, Prader-Willi, Wolf-Hirschhorn)
- 10325  B -NIPTsup Suppea sikiön trisomiatutkimus ilman sukukromosomipoikkeavuuksia / Fostrets trisomiundersökning utan avvikelser i könskromosomerna (kromosomit / kromosomerna 13, 18, 21)

**Kaksosraskaus / Tvillinggraviditet med två foster**

- 6373  B -NIPTtri Kromosomit /kromosomerna 13, 18, 21 + Y

**Kliiniset esitiedot / Kliniska uppgifter**

Raskauden kesto näytteenottopäivänä / Graviditetens längd på provtagningsdagen

\_\_\_\_\_

- UÄ:n perusteella Pä basen av ultraljud  Muulla perusteella, millä? Pä basen av annan, vilken

Äidin pituus / Moderns längd \_\_\_\_\_ Äidin paino /Moderns vikt \_\_\_\_\_

Sikiöiden lukumäärä / Antal av fostren \_\_\_\_\_

(Huomaa, että kaksosraskauksissa voidaan tehdä vain B -NIPTtri / Obs! i graviditeten med två foster endast B-NIPTtri undersökning)

**Tutkimusindikaatio / Indikation för undersökningen**

- Äidin ikä / Moderns ålder \_\_\_\_\_
1. trimesterin seulassa kohonnut riski, riskiluku Förhöjd risk i första trimesterens screening, risk siffr \_\_\_\_\_
- Poikkeava UÄ-löydös, mikä? Avvikande resultat i ultraljudundersökningen, vilket? \_\_\_\_\_
- Muu, mikä? Frågeställning annat, vad? \_\_\_\_\_

Ilmoitetaanko sukupuoli / Modern vill veta fostrets kön

- Kyllä Ja  Ei Nej

**Potilaan allekirjoitus / Patientens underskrift**

Allekirjoituksellani vakuutan, että minulle on annettu riittävät perustiedot ymmärtääkseni NIPT-testin merkityksen, hyödyt ja rajoitukset (potilasinfo). Lisäksi minulla on ollut mahdollisuus kysyä testistä lisää niin halutessani.

Med min underskrift övertygar jag, att jag har fått tillräckligt information gällande betydelsen, fördelar och begränsningar av NIPT-undersökningen (Patientsinformationen).

Dessutom har jag haft möjlighet att fråga mera om undersökningen.

Päiväys / Datum \_\_\_\_\_ Potilaan allekirjoitus / Patientens underskrift \_\_\_\_\_