

LÄHETE
P -PLab, KL3607
FOSFOLIPIDIVASTA-AINETUTKIMUS

Tutkittavan nimi		Henkilötunnus	
Näytteenottopäivä		kellonaika	

Taustatiedot

Onko tutkittavalla ollut laskimo- tai valtimotukos?	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Mikä, ajankohta: _____
Onko ollut toistuvia keskenmenoja?	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Viimeisimmän ajankohta: _____
Onko ollut muu raskauskomplikaatio?	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Mikä, ajankohta: _____

Antikoaglaatiohoito (näytteenottoa edeltävän kuukauden aikana)

			Lopetuspäivämäärä:
Tavallinen hepariini	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	
Pienimolekyylinen hepariini	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	
Marevan	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	
Suora oraallinen trombiinin estäjä (dabigatraani)	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	
Suora oraallinen FXa -estäjä (apiksabaani, edoksabaani, rivaroksabaani)	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	

Muu ak-hoito (esim. fondaparinuuksi), mikä _____

Käytössä oleva hyytymistekijävalmiste ja viimeisimmän annoksen ajankohta _____

Akuutin faasin reaktion aiheuttava tilanne kuukauden sisällä (esim. leikkaus, infektio, vaikea sairaus)? ei Kyllä

Kysymyksiä naisille:

Onko tutkittava raskaana?	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Kyllä, rv _____	Onko synnyttänyt 3 kk sisällä?	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Kyllä, pvm: ____
Käyttääkö e-pillereitä?	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Käyttääkö hormonikorvaushoitoa?	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Kyllä

Kysymyksenasettelu:

pvm	Hoitava lääkäri	puh.