

**Downin oireyhtymän riskin arviointi, 2. trimesteri****POTILAS:**

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Suku- ja etunimi \_\_\_\_\_

**TUTKIMUKSEN PYYTÄVÄ NEUVOLA:**

Neuvolan nimi \_\_\_\_\_ Asiakasnumero \_\_\_\_\_

Pyytäjän osoite \_\_\_\_\_

Puhelin \_\_\_\_\_

Vastausosoite, jos eri kuin pyytäjällä \_\_\_\_\_

**ESITIEDOT****Viimeisten kuukautisten alkamispäivä:**

Äidin paino: \_\_\_\_\_

Insuliinihoito: Ei  Kyllä 

Sikiöiden lukumäärä: \_\_\_\_\_

Tupakointi: Ei  Kyllä 

Aiemmat kromosomihäiriöt Ei \_\_\_\_\_

Etnisyys: Aasialainen \_\_\_\_\_ Lähi-idästä kotoisin \_\_\_\_\_

Trisomia Trisomia Trisomia  
18 \_\_\_\_\_ 21 \_\_\_\_\_ 13 \_\_\_\_\_Afrikkalais-karibialainen \_\_\_\_\_  
Eurooppalainen \_\_\_\_\_  
Muu \_\_\_\_\_

IVF / ICSI-alkuisessa raskaudessa lisäksi: Äidin / munasolunluovuttajan ikä keräyspäivänä: \_\_\_\_\_ vuotta Alkionsiirtopäivä: \_\_\_\_\_

**NÄYTE:**

Näyte otettu, pvm \_\_\_\_\_

**Ultraäänitutkimustiedot**

Ultraääni, pvm \_\_\_\_\_ jolloin UÄ:llä määritetty raskauden kesto: \_\_\_\_\_