

**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: _____