

TRISOMIE-SCREENING 1. TRIMESTER

<input type="checkbox"/> Kopie an : <input type="checkbox"/> Probenentnahme im Labor	Rechnung an : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Andere :	
NLAB	Arzt / Abteilung	PATIENT
	Name _____	Name _____
	Vorname _____	Vorname _____
	Adresse _____	Adresse _____
	PLZ / Ort _____	PLZ / Ort _____
	Telefon-Nr. _____	Geburtsdatum / / Geschlecht _____

KLINISCHE ANGABEN

Datum der Probenentnahme : _____ Schwangerschaftsalter : _____ + _____
Datum der letzten Regel : _____
Gewicht der Mutter* : _____ Kg Ethn. Zugehörigkeit d. Pat.* : _____
Raucherin* : JA NEIN Insulinpflichtiger Diabetes : JA NEIN
Anamnese : Trisomie 21 Sonstige Aneuploidie (angeben) : _____
Assistierte Fortpflanzung : JA NEIN Wenn ja, anzugeben : _____
Insemination (mit oder ohne Ovulationsinduktion), IVF, ICSI, Datum des Einfrierens, ...
Eizellspende : JA NEIN Alter der Spenderin : _____ Jahre
Datum des Embryonentransfers : _____

ULTRASCHALL

Durchgeführt von : _____ Zertifizierungs-Nr. : _____
Nackentransparenz* : _____ mm gemessen am* : _____
SSL (CRL)* : _____ mm gemessen am* : _____
Zahl der Feten* : _____ Chorionizität* : _____

ANGEFORDERTE ANALYSE

Screening im 1. Trimester: Probenentnahme zwischen der 11. und 13. Woche + 6 Tage.

Untersuchung des Risikos für Trisomie 21 im Moment der Probenentnahme (PAPP-A und freies Beta-hCG) [S-1]

Ort, Datum und Unterschrift des Arztes _____

* Pflichtangaben

Verantwortlicher FAMH Klinische Chemie und Toxikologie : Frau Fanny Zufferey; Telefon 027 603 6678

Die Angaben, welche in der "Analysenliste" auf www.spitalwallis.ch enthalten sind, sind Bestandteil des Analysenauftrags.