

NICHT-NEURALROHRSCHLUSSES-SCREENING - 2. 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 :
Arzt / Abteilung Name _____ Vorname _____ Adresse _____ PLZ / Ort _____ Telefonnr. _____	PATIENT Name _____ Vorname _____ Adresse _____ PLZ / Ort _____ 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. : _____
Biparietalen Durchmesser (BIP)* _____ mm gemessen am* : _____
Zahl der Feten* : _____

ANGEFORDERTE ANALYSE

Probenentnahme zwischen der 14. und 18. Woche + 6 Tage.
 Untersuchung des Risikos für Nicht-Neuralrohrschlusses im Moment der Probenentnahme (AFP) [S-AFPG]

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.