

Klinisk Genetisk Afdeling, Juliane Marie Centret

Blegdamsvej 9, 2100 København Ø Tlf. 3545 4051 Fax 3545 4257 www.kliniskgenetik.rh.dk

REKVISITION AF PRÆNATAL DIAGNOSTIK

CPR-nr. _____

Navn _____

Gade/Nummer/Sal _____

Postnr./By _____

Erhverv _____

Tlf.nr. mobil _____

Tlf.nr. privat _____

Tlf.nr. arbejde _____

Egen læge (navn+adr.) _____

Hvor skal fødslen finde sted? _____

 Ønskes fosterets køn oplyst? Ja Nej

Sidste menstruations 1. dag _____

Antal tidl. graviditeter _____

Antal levendefødte børn _____

Antal spontane aborter _____

Antal dødfødsler _____

Udfyldes af prøvetagende afdeling: RH____ Hillerød____ HH____ Andre_____

Henvisningsårsag (herunder udførlige oplysninger om familiemedlemmer (navn + CPR-nr.) med genetisk betingede sygdomme (gerne bilag!):

 Kromosom-PCR + kromosomanalyse Syndrom MLPA (P064) Subtelomer MLPA

Henvisende instans: _____

Svar sendes til: _____

Betaler, oplys EAN nr.: _____

Prøvedato: _____ Ultralydsuge (uger+dage): _____

Udtaget: Amnionvæske _____ ml Chorion villi _____ mg Andet _____ ml

 NF målt til: _____ mm Risiko for DS beregnet til: 1: _____

Abnormiteter påvist ved ultralydskanning: _____

Prøvetagende læges initialer _____