

Afdeling for Genetik
Kennedy Centret / Gamle Landevej 7 / 2600 Glostrup
Tlf: 43 26 01 00
www.rigshospitalet.dk/kennedy RH-kennedy@regionh.dk

Label med ID sættes på selve prøvetagningsglasset -
IKKE på transportbeholderen

Prøvedato:

--	--	--	--	--	--

Patient CPR:

--	--	--	--	--	--

 —

--	--	--	--

Patient navn: _____

INDIKATION

Type af abortvæv: ☐ Uspecificeret ☐ Føtalt væv, specificér _____

☐ Placentavæv ☐ Andet, specificér _____

Gestationsalder: _____ uger Prøvetager: _____

Foster set ved ultralyd? _____

Evt. misdannelser? _____

Har fosteret været dødt før aborten? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke

Væv sendt til patologisk undersøgelse? ☐ Ja ☐ Nej

ANALYSE

☐ QF-PCR - Mola ploidibestemmelse (§)

BETALER (region, sygehus + afd., andet):

SKAL UDFYLDDES

EAN-nummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

REKVIRENT + adresse (læge, afd., sygehus):

SKAL UDFYLDDES