

Klistra ej här

Svar ska sändas till:	Personnummer/reservnummer: Efternamn, Förnamn
Debiteras (om annan än svarsmottagare):	Provtagning, datum: _____ Sign: _____
Kopia av svar till:	Remitterande läkare (namn): <input type="checkbox"/> AKUT (debiteras extra)
Anamnes/klinisk beskrivning (obligatorisk):	Graviditetsvecka + dag vid provtagning (obligatorisk):

För korrekt hantering av provmaterial, se provtagningsanvisningar

regionvasterbotten.se/laboratoriemedicin
Insänt provmaterial:

- Amnionvätska Chorionvillibiopsi ¹
 Blod, EDTA-rör (från modern)
 Blod, Streck-rör ² (från modern)
 Annat (specificera):

Prov märkt/Ert prov-ID:

Indikation/frågeställning:

- Alder eller oro
 Missfall/Intrauterin fosterdöd
 Ökad KUB-risk (specificera):

 Avvikelse vid ultraljud (specificera):

 Avvikelse vid NIPT (bifoga provsvar)

 Annat (specificera):

Önskad analys:

- Lagring av DNA (foster) ³
 QF-PCR, numerisk avvikelse krom 13, 18, 21, X och Y
 NIPT, numerisk avvikelse krom 13, 18, 21
 Kvinnans längd: _____ Vikt: _____
 Kromosomanalys
 Mikroarray
 Annat (specificera):
 Riktad prenatalanalys avseende känd genetisk sjukdom/kromosomförändring

Sjukdom _____

Familjen _____

Namn _____

Pers.nr. _____

Släktskap _____

Eventuella utförda genetiska analyser och funna avvikelser (specificera):

- Svarskopia bifogas

¹ Chorionvillibiopsi måste alltid åtföljas av ett blodprov i EDTA-rör från modern.

² Prov för NIPT tas i Streck-rör

³ Avser lagring av större mängd DNA, där eventuellt omfattande utredning kan förväntas.