

**AKADEMISKA
SJUKHUSET****Klinisk genetik****Fosterdiagnostik****Klinisk genetik**
Akademiska sjukhuset
751 85 UppsalaTel: 018-611 59 40
Fax: 018-55 40 25

Rörpost 175

kliniskgenetik@akademiska.se
www.akademiska.se/kliniskgenetik**Inremitterande**

Namn:

Avd/klinik:

Sjukhus:

Tel:

Sökare:

Fax:

Betalningsansvarig (om annan än inremitterande)**Provmaterial** Amnion CVS Blod från kvinnan (BCT-rör) Annat (specificera):**Graviditetslängd vid provtagningsdatum**

/ 20 kl

är patientens graviditetslängd: veckor + dagar

Signatur provtagare:

 Blod (EDTA) Signatur provtagare:**Samtycke**

Inskickandet av remissen bekräftar att provgivaren (alt vårdnadshavare) har fått information om att provet och tillhörande personuppgifter kan komma att sparas. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till att provet får sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

 Nej, provgivaren samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. En "nej-talong" har skickats in. Provgivaren är vid provtillfället oförmögen att fatta samtyckesbeslut.**Laboratoriets noteringar**

Prov inkom den / 20 kl

Antal rör och provtyp:

Remissnrn.

Frysposition:

Sign

Familjenr.

 AKUT (debiteras extra)**Provtagande läkare**

Namn:

Tel/sök

Avd/klinik:

 Provsvar till inremitterande (om annan än provtagande läkare) Provsvar till Fostermedicin, Akademiska sjukhuset

Önskas besked om kön

 Ja Nej

Brevbesked till kvinnan om normalt resultat

 Ja Nej*Inget brevbesked om annan analys än enbart NIPT eller QF-PCR beställs***Undersökningen avser** Prenataldiagnostik Lagring Annat (specificera):**Analys** NIPT krom. 13, 18, 21 (antal)

Kvinnans längd (cm):

vikt (kg):

 QF-PCR krom. 13, 18, 21, X, Y (antal) (inkl. EDTA-blod på kvinnan) Mikroarrayanalys Kromosomanalys Analys av känd mutation i familjen (inkl. EDTA-blod på kvinnan)
(Bifoga probandens provsvar om denne ej analyserats hos Klinisk genetik, Akademiska sjkh.)

Sjukdom:

Gen:

Mutation:

Familjemedlem (personnr.):

Släktskap:

 Annan analys (specificera)**Indikation** Hög ålder hos kvinnan Missfall Oro Intrauterin fosterdöd Softmarker (specificera) Ökad KUB-risk. nivå: Nackspalt (mm): Avvikelse vid ultraljud (specificera) Annat (specificera):**Anamnes**

Antal graviditeter:

Spontanabort (antal):

Levande födda (antal):

Barnens hälsotillstånd:

 Äggdonation Flerbördsgraviditet, antal foster: Organdonation (inkl. blodtransfusion inom 3 månader)

Annan information: