



Downin oireyhtymän riskin arviointi, 2. trimesteri

POTILAS:

Henkilötunnus _____

Suku- ja etunimi _____

Puhelin: koti _____ työ/matka _____

TUTKIMUKSEN PYYTÄJÄ/NEUVOLA:

Neuvolan nimi _____ Asiakasnumero _____

Pyytäjän osoite _____

Puhelin _____

Vastausosoite, jos eri kuin pyytäjällä _____

NÄYTE:

Näyte otettu, pvm _____

RASKAUDEN KESTO:

Viimeiset kuukautiset alkoivat, pvm _____ → raskauden kesto,
näytteenottopäivänä H _____ + _____

Ultraäänitutkimustiedot

Ultraääni, pvm _____ → raskauden kesto, UÄ-
tutkimuksen tekopäivänä H _____ + _____

MUUT:

Tämän raskauden aikana:

Äidin paino (kg) _____

Kaksosraskaus

Insuliinihoito

Muuta _____