

Eingang Datum/Zeit

Bearbeitung

Unters.-Nr.

Auftrag für pränatale genetische Untersuchungen

■ Patientin

Name (Bitte Blockschrift)

Vorname

Geb.datum

Strasse

Telefon

PLZ / Ort

Einverständnis: Ich wurde vom Arzt eingehend informiert und bin mit der Untersuchung einverstanden.
Der anonymisierten Weiterverwendung der Probe/der Untersuchungsdaten stimme ich zu nicht zu

Unterschrift Patientin

■ Auftraggebender Arzt

■ Überwachender Arzt

■ Untersuchungsmaterial, Untersuchungen

Datum Entnahme

■ Chromosomenuntersuchung an Fruchtwasser mit AFP (ohne AFP) Chorionzotten Nabelschnurblut

■ Zusatzuntersuchungen

FW-Schnelltest (PCR oder FISH)

Cystische Fibrose (CF)

FISH oder DNA bei fam. Risiko

■ Intrauterine Infekte

Cytomegalie ¹

Parvovirus ¹

Varizella Zoster ¹

Toxoplasmosa ¹

¹ in Zusammenarbeit mit IMD AG, Zürich

■ Indikation, Familienanamnese

Wunsch

Serum-AFP erhöht *

elterl. Chromosomenaberration*

Alter, 35J. und mehr

1TT/AFP-Plus Test positiv (Angabe des Risikos)*

Habituelle Aborte*

Ultraschallbefund*

Kind mit Chromosomenanomalie*

Anderes*

*Angaben zur Indikation, Familienanamnese:

■ Schwangerschaft, Ultraschallmessungen

LM

ET

Amenorrhoe

SSL entspricht

SSW

Bip entspricht

SSW

Lage der Placenta: Vorderwand Hinterwand

Blutgruppe Mutter

Anti D-Prophylaxe

■ Bemerkungen

©Genetica AG 9.3.2009/4