

Fosterdiagnostikk



Rekvirent

Legenavn _____ HPR-nr.

Enhet/Legekantor _____

Adresse _____ Telefon _____

Postnr. _____ Poststed _____

Kortkode/
Rekv.kode

Pasient

Fødselsdato Personnr.

Etternavn - fornavn _____ Kvinne Mann

Adresse _____ Poliklinisk

Postnr. _____ Poststed _____ Inneliggende

Rom-seng -

Kopi av svar sendes til

Legenavn _____ HPR-nr.

Avdeling/Legekantor _____

Adresse _____

Postnr./sted _____

Prøvetakingstidspunkt

D M M Å Å

T T M M

Prøvetakers signatur

Problemstilling/kliniske opplysninger og ønsket analyse

- Maternell kontroll
 - Alder
 - Tidligere barn med kromosomfeil
 - Translokasjonsbærer
 - Kjent molekylærgenetisk/biokjemisk sykdom
 - Ultralydfunn/økt risiko kombinert ultralyd og blodprøve
 - Tidligere barn med spesielle behov/dødfødsel/senabort
 - Annet
- Avkrysning gir analyse som beskrevet under (til orientering, ikke skriv her).
- Alder:
 - Molekylærgenetisk trisomitest av kromosom 13, 18 og 21
- Alle andre indikasjoner:
 - Molekylærgenetisk trisomitest av kromosom 13, 18, 21 og kjønnskromosomer
 - Cytogenetisk kromosomanalyse

For laboratoriet

- Prioritet
- EDTA-blod
- Heparin-blod
- Biopsi
- Fostervann
- Chorionvev
- DNA
- Annet, spesifiser:

Dato og sign:

Internkoder:

Kommentarer:

Relevante familieopplysninger:

Navn: _____ Slektskap: _____ Fødselsdato Personnr.

Svangerskapsopplysninger

Gestasjonsalder: _____ Tvillinger. Chorionisitet: _____

Tidligere fosterdiagnostikk (når/hvor): _____

Andre opplysninger: _____

Indisert tilleggssanalyse

Undersøkelse av enkeltgen. Oppgi gen og evt. mutasjon:

Innsendt prøvemateriale

Fra foster: Chorionvev Fostervann Annet, spesifiser:
 Fra mor: DNA-analyse: EDTA-blod (3 mL).

Denne rekvisisjonen kan lastes ned fra: www.genetikportalen.no
 eller Oslo universitetssykehus HF sine hjemmesider:
www.oslo-universitetssykehus.no (Om oss - Avdelinger - Medisinsk genetik, Avdeling for)
 For akkrediteringsomfang, se avdelingens hjemmeside.