SYNLAB

Tel: 17123 ▪ E-post: klienditugi@synlab.ee ▪ www.synlab.ee

PATSIENDI ANDMED	TELLIJA ANDMED
Nimi	Saatev asutus .....
.....	.....
Isikukood ||||||||||||	Osakond .....
Telefon	Arst .....
Kehakaal ..... kg	Tel .....

LOOTE SÜNNIEELSED SÕELUURINGUD

☐ **I TRIMESTRI SÕELUURING (PAPP-A, vaba βhCG)**

PROOVIMATERJAL: seerum (kollane või punane kork)

Materjali võtmise kuupäev ..... **kellaaeg** .....

Proov võtta 10.-12.+6 rasedusnädalal

☐ **II TRIMESTRI SÕELUURING (AFP, HCG, vaba E3)**

PROOVIMATERJAL: seerum (kollane või punane kork)

Materjali võtmise kuupäev ..... **kellaaeg** .....

Proov võtta 15.-17. +6 rasedusnädalal

TÄIENDAVAD ANDMED	UH ANDMED
Diabeet ☐ jah ☐ ei	Kuupäev .....
Suitsetaja ☐ jah ☐ ei	Raseduse suurus
IVF rasedus ☐ jah ☐ ei	..... nädalat + ... päeva
	Loodete arv ☐ 1 ☐ 2
Viimane menses	CRL ..... mm *CRL peab olema 45-84 mm*
Tsükli pikkus ..... päeva	NT .....
Sünnituse kpv	Sonografist .....

Etniline päritolu ☐ euroopa ☐ aafrika ☐ aasia

Laboril on õigus eelnevaid NT mõõtmise tulemusi eirata, kui uuringu tellija ei suuda tõestada, et NT mõõtmise teostanud arst on läbinud nõuetekohase koolituse.