

**Fosterdiagnostikk**



**Rekviert**

Legenavn HPR-nr.

Enhet/Legekantor **LEGE**

Adresse Telefon

Postnr. Poststed

Kortkode/  
Rekv.kode **ENHET**

**Pasient**

Fødselsdato Personnr. Kvinne  Mann

Efternavn - fornavn

Adresse Poliklinisk

Postnr. Poststed Inneliggende

Rom-seng  -

**Kopi av svar sendes til**

Legenavn HPR-nr.

Avdeling/Legekantor

Adresse

Postnr./sted

**Prøvetakingstidspunkt**

**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

- **Ved ultralydfunn kan aCGH være aktuelt.**

**Fyll ut "Indikasjon for utvidet analyse" på baksiden.**

**For laboratoriet**

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

Dato og sign:

Internkoder:

Kommentarer:

**Risiko KUB-test:**

**Trisomi 13:**

**Trisomi 18:**

**Trisomi 21:**

**Relevante familieopplysninger:**

Navn: Slektskap: Fødselsdato Personnr.

**Innsendt prøvemateriale**

Fra foster:  Chorionvev  Fostervann  Annet, spesifiser:

Fra mor:  Blodprøve vedlagt  DNA-analyse: EDTA-blod (3 mL).

Denne rekvisisjonen kan lastes ned fra: [www.genetikportalen.no](http://www.genetikportalen.no)

eller Oslo universitetssykehus HF sine hjemmesider:

[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no) (Fag og forskning – Laboratorietjenester – Laboratoriens rekvisisjoner).

For akkrediteringsomfang, se [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no) (Avdelinger og steder fra A til Å – Avdeling for medisinsk genetik).

T

**Pasient**

Fødselsdato

Personnr.

Etternavn - fornavn

Telefon mor:

Telefon far:

**Indikasjon for utvidet analyse** Ønsker relevante tilleggsanalyserIntrakranielle misdannelser\*  Ja  Nei Hvis ja, spesifiser:Misdannelser i hjerte-karsystem\*  Ja  Nei Hvis ja, spesifiser:Skjelettmisdannelser  Ja  Nei Hvis ja, spesifiser:Intraabdominale misdannelser  Ja  Nei Hvis ja, spesifiser:Annet  Ja  Nei Hvis ja, spesifiser:Økt nakke-translucens  Ja  Nei Hvis ja, spesifiser:

Funn merket \* eller minimum to andre funn gir aCGH-undersøkelse

**Svangerskapsopplysninger**

Tidligere svangerskap

Antall barn: ..... Aborter: ..... Dette er svangerskap nummer: .....

Tidligere fosterdiagnostikk (når/hvor): .....

Dette svangerskapet

CRL: ..... HC: ..... Svangerskapsvarighet (Ultrasound): ..... Svangerskapsvarighet (Naegle): .....

 Tvillinger, Chorionisitet: .....

Prøven

Antall stikk: 1 2    Antall asp.: 1 2    Antall mL tappet:

Placentas beliggenhet: Anterior    Posterior    Fundus    Lat dext    Lat sin    Dypt sete    Praevia marg.    Praevia tot.

Prøven tas transplacentært: Ja  Nei     Fosterlyd etter prøvetakingen: Ja  Nei Væskens utseende: Klart     Gammelt blod (brunlig)     Friskt blod (rød) Rhesus: Pos  Neg     Gammaglobulin: Ja  Nei     Sykemeldes: Ja  Nei 

Eventuelle bemerkninger: .....

Dato:

Prøve tatt av:

Prøve pakket av: