

Név:		Beküldő neve:		Orvosi körpecsét	
Születési név:		Beküldő címe:			
TAJ/ID:		9 jegyű kód:		Pecsét száma:	
Születési dátum:		Orvos neve:		Tel:	
Lakcím (helység):		Térítés módja:		Szerződéses	
Lakcím (utca,hsz.):		Befizetés azonosító:		Beutaló kelte:	
Iránydiag./BNO:		Számlázási név:		Mintav. dátuma:	
		Számlázási cím:		*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kéréshez kell csatolni!	
		Leletküldési e-mail:		A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.	

VÁRANDÓS ADATAI*			
Testsúly (kg):			
Dohányzás	Igen	Nem	
Diabetes mellitus	Igen	Nem	
Jelenlegi terhesség IVF-ből származik?	Igen	Nem	
Jelenlegi IVF dátuma (év/hó/nap):			
Magzatok száma:			
Etnikai hovatartozás:	kaukázusi	ázsiai	
	feketebőrű	ismeretlen	
Petesejt donáció esetén a donor anya születési dátuma (év/hó/nap):			

ULTRAHANGOS ADATOK*			
Magzati kor ultrahangos vizsgálat napján (hét/nap):			
Ultrahangos vizsgálat dátuma:			
NT (tarkóredő) (mm)			
CRL (fejtető-farcson) (mm)			
BPD (mm)			
Orrcsont hiány	Igen	Nem	
Korábbi terhességben 21-es triszómia	Igen	Nem	
Ultrahangos vizsgálatot végezte:			
..... aláírás			

IGÉNYELT LABORATÓRIUMI VIZSGÁLAT		
	Első trimeszter (12. hét) free béta-HCG + PAPP-A mérés és kockázatelemzés	N
	Második trimeszter (16. hét) AFP + HCG + szabad ösztriol + Inhibin A mérés és kockázatelemzés	N

KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ	
Mintavételi cső: N (sárga kupakos, natív cső)	
Olvashatatlanul, hibásan, hiányosan kitöltött kérés esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban teljesíteni.	
A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!	
A vizsgálat végzése 1 cső natív vérből (sárga vagy piros kupakos cső) történik.	
*Kérjük az adatok hiánytalan és pontos megadását, ezek hiányában kockázatbecslést nem áll módunkban végezni!	