

ANALÜÜSIDE TELLIMISLEHT SÜNNIEELSEKS KROMOSOOMIHAIGUSTE RISKIHINNANGUKS I TRIMESTRIL

Patsiendi PERENIMI EESNIMI
 Isikukood (või sugu ja vanus) Proovivõtu kuupäev
 Tellija (nimi, kood) Proovivõtu kellaeg
 Tellija telefon Proovivõtja (nimi, kood)
 Asutus, osakond

**Vereanalüüs võtta raseduse kestuses 9 nädalat + 0 päeva kuni 13 nädalat + 6 päeva
(soovitavalt 9.-11. nädalal; vähemalt 1 päev enne ultraheliuuringule suunamist)**

Geeli ja hüübimisaktivaatoriga katsuti (kollane kork või punane kollase rõngaga kork)

 fb-hCG

 PAPP-A

Lõika ära

Naistenõuandla

L. Puusepa 8, 51014 Tartu

tel. +372 731 9100 (registreerimine), +372 731 9902 (sekretär)

<http://www.kliinikum.ee/naistekliinik>

ANDMED I TRIMESTRI ULTRAHELIIURINGUKS

Patsiendi PERENIMI EESNIMI
 Isikukood (või sugu ja vanus)
 Tellija (nimi, kood) (vajalik täita kui tellija ei ole TÜK Naistekliinik)
 Tellija telefon (vajalik täita kui tellija ei ole TÜK Naistekliinik)
 Asutus, osakond (vajalik täita kui tellija ei ole TÜK Naistekliinik)

Ultraheliuuring teha raseduse 12-13. nädalal (registreerimine tel. +372 731 9100)

Ultraheliuuringu kuupäev ja kellaeg:

Viimase menstruatsiooni kuupäev	kaal kg	pikkus cm
Etniline päritolu <input type="checkbox"/> euroopa <input type="checkbox"/> aasia	<input type="checkbox"/> aafrika	<input type="checkbox"/> segunenud

Suitsetamine <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah	Spontaanne rasedus <input type="checkbox"/>
I tüübi diabeet <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah	IVF rasedus <input type="checkbox"/>
II tüübi diabeet <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah	Ovulatsiooni induktsioon <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah
Krooniline hüpertensioon <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah	Loodete arv <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Süsteemne erütematoosne luupus <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah	Ajaliste sünnituste arv
Antifosfolipiidsündroom <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah	Enneagsete sünnituste arv

Kasvupeetusega lapse sünd <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah	sünnikaal g raseduse kestus r.n.
Kromosoomipatoloogiaga rasedus <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> TR21 <input type="checkbox"/> TR18 <input type="checkbox"/> TR13
	<input type="checkbox"/> muu

Preeklampsia eelnenud raseduse ajal ei jah

Preeklampsia emal/õel ei jah