

ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ημερομηνία λήψης δείγματος: Κωδικός εργαστηρίου:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ

Επίθετο: Όνομα: Ημ. γέννησης:

Επίθετο συζύγου: Όνομα: Ημ. γέννησης:

Διεύθυνση: Πόλη: ΤΚ:

Τηλ.: Fax: e-mail:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Όνοματεπώνυμο:

Διεύθυνση: Κλινική/Κέντρο:

Τηλ.: Fax: e-mail:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΥΗΣΗΣ

Εβδομάδες Κύησης (με βάση την Τ.Ε.Ρ.): Εβδομάδες Κύησης (με βάση το ηχόγραμμα):

Βάρος εγκύου: Ύψος εγκύου:

Μονήρης κύηση

Δίδυμη κύηση Μονοχοριακή Διχοριακή

Μονοαμνιακή Διαμνιακή

Αυχενική Διαφάνεια (1^{ου} Τριμήνου): mm

Πολύδυμη κύηση

Εξωσωματική γονιμοποίηση – IVF: Δότρια ωαρίων: Ναι Όχι Δότης σπέρματος: Ναι Όχι

ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ

Ηλικία

Αποτέλεσμα προγεννητικού βιοχημικού ελέγχου

Προσδιορίστε:

Υπερηχογραφικά ευρήματα

Προσδιορίστε:

.....

.....

Άγχος

Λήψη φαρμάκων. Προσδιορίστε:

Προηγούμενη/ες αποβολή/ές

Προηγούμενο παιδί με χρωμοσωμική ανωμαλία

Προσδιορίστε:

Γονέας/εις φορέας/εις χρωμοσωμικής ανωμαλίας

Προσδιορίστε:

Λοιπά αίτια (προσδιορίστε):

.....

(T13, T18, T21)

(T13, T18, T21) + Αναφορά φύλου

(T13, T18, T21) + Αναφορά φύλου + Ανευπλοειδίες XY

(T13, T18, T21) + Αναφορά φύλου + Ανευπλοειδίες XY + Μικροελλειπτικά Σύνδρομα

(DiGeorge, 1p36 deletion, Wolf-Hirschhorn, Smith-Magenis)

Ο Παραπέμπων Ιατρός