

Eingang Datum/Zeit _____

Bearbeitung _____

Unters.-Nr. _____

Auftrag für pränatale genetische Untersuchungen

■ Patientin

Name (Bitte Blockschrift) _____

Vorname _____

Geb.datum _____

Strasse _____

Telefon _____

PLZ / Ort _____

Einverständnis: Ich wurde vom Arzt eingehend informiert und bin mit der Untersuchung einverstanden.
Der anonymisierten Weiterverwendung der Probe/der Untersuchungsdaten stimme ich zu nicht zu

Unterschrift Patientin _____

■ Auftraggebender Arzt

■ Überwachender Arzt

Ich bitte um Zustellung weiterer Auftragsformulare (Anzahl) _____

■ Untersuchungsmaterial, Untersuchungen

Datum Entnahme _____

■ Chromosomenuntersuchung an Chorionzotten (CVS)¹

Fruchtwasser (AC)² Fruchtwasser ohne AFP-Bestimmung

■ Spezialuntersuchungen

Fruchtwasser-Schnelltest (PCR oder FISH)

Hochauflösender Microarray³

PCR oder FISH bei fam. Risiko: _____

Cystische Fibrose (CF) Andere Screeninguntersuchung(en): _____

■ Intrauterine Infekte

Cytomegalie⁴

Parvovirus⁴

Varizella Zoster⁴

Toxoplasmose⁴

¹ Chromosomenanalyse an Trophoblastenzellen (Kurzzeit-Analyse); CGH-Array (60K) an Mesenchym-Zellen zum Ausschluss von wichtigen Mikrodeletionssyndromen und numerischen Chromosomenstörungen (entspricht Langzeit-Analyse)

² Chromosomenanalyse an kultivierten Fruchtwasserzellen; CGH-Array (60K) zum Ausschluss von wichtigen Mikrodeletionssyndromen

³ CGH-Array (180K); für die Interpretation der Resultate ist unter Umständen Blut der beiden biologischen Eltern erforderlich (je 5ml EDTA- oder Heparin-Blut)

⁴ In Zusammenarbeit mit IMD Zürich

■ Indikation, Familienanamnese

Wunsch

Serum-AFP erhöht *

Elterl. Chromosomenaberration *

Alter, 35J. und mehr

1TT/AFP-Plus Test positiv (Angabe des Risikos) *

Habituelle Aborte *

Ultraschallbefund *

Kind mit Chromosomenanomalie *

Anderes *

*Angaben zur Indikation, Familienanamnese:

■ Schwangerschaft, Ultraschallmessungen

LM _____

Lage der Placenta: Vorderwand Hinterwand

ET _____ Amenorrhoe _____

Blutgruppe Mutter _____ Anti D-Prophylaxe

SSL _____ entspricht SSW _____

Bemerkungen

Bip _____ entspricht SSW _____

Datum Ultraschallmessung _____