



ÖZEL

AVICENNA
TIBBİ LABORATUVARI

Hiç bir şey gizli kalmasin

Döküman No	KU. FR. 25
Yayın Tarihi	10. 01. 2018
Revizyon No	
Revizyon Tarihi	
Sayfa Sayısı	1/1

PRENATAL TANI TESTLERİ BİLGİ FORMU

HASTA SOYADI : ADI:

TAKİP EDEN DOKTOR :

DOĞUM TARİHİ :/...../.....

ANNE ADAYININ KİLOSU :KG

GEBELİK SAYISI : DOĞUM SAYISI :

SİĞARA ALIŞKANLIĞI : Evet () Hayır ()

İNSÜLİNE BAĞIMLI DİYABET : Evet () Hayır ()

İVF Gebeliğimi : Evet () Hayır ()

Son Adet Tarihi :/...../.....

Önceki gebeliklerde

Kromozom anomalili veya NTD II bebek : Evet () Hayır ()

ULTRASOUND BİLGİLERİ

USG yi Yapan Doktor :

USG yapılan Tarih :/...../.....

USG ye göre Fetus Sayısı :

1. TRİMESTER (11-13h+6gün)

CRL ölçüm değeri : mm

N. Translucency (N.T.) : mm

CRL ye göre gebelik süresi :h.....g

2. TRİMESTER (15-22h)

BDP Ölçüm değeri : mm

BDP ye göre:

Gebelik süresi:h.....g

Kanın Alındığı Tarih :/...../.....

ÖNEMLİ UYARI :Kan USG ölçümlerin yapıldığı gün alınmalıdır.

2 li Tarama Testi için CRL değer 45-825 mm arasında olmalıdır.

Ölçümleri bu aralık dışında olan gebelerde bu test yapılmaz.

LÜTFEN FORM BİLGİLERİNİ EKSİKSİZ DOLDURUNUZ.

İSTENEN TETKİK

- () 1. TRİMESTER (11,13h+6gün 92li Test)
- () 2. TRİMESTER (814,-22, HAFTA9 3lü Test)