

PHIẾU GỬI MẪU**XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH SỐ LƯỢNG NST 21, 18, 13, X, Y****THÔNG TIN ĐƠN VỊ GỬI MẪU**

Tên đơn vị:

Người gửi:

Địa chỉ:

Số điện thoại bàn: Số điện thoại di động:

THÔNG TIN BỆNH PHẨM

Ngày lấy mẫu: / / 20....

Ngày gửi mẫu: / / 20....

Loại mẫu: nước ối Ƨ

Lượng mẫu: nước ối:mL

Tuổi thai lúc lấy mẫu: tuần ngày Chất lượng mẫu:

THÔNG TIN THAI PHỤ

Họ và tên thai phụ: Mã số:

Ngày sinh: / / Nghề nghiệp:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Bác sĩ chỉ định: Số điện thoại:

Nơi công tác:

Email:

Kết quả sàng lọc trước sinh:

Nguy cơ sinh con mắc bất thường NST theo chỉ số siêu âm (khoảng mờ da gáy Ƨ và xương mũi Ƨ):

Trisomy 21: 1/..... ; Trisomy 18: 1/..... Trisomy 13: 1/.....

Nguy cơ sinh con mắc bất thường NST theo cả 2 chỉ số siêu âm và sinh hóa (free beta hCG và PAPP-A):

*Trisomy 21: 1/..... ; Trisomy 18: 1/..... Trisomy 13: 1/.....***YÊU CẦU XÉT NGHIỆM****Số lượng NST 21, 18, 13 và NST X,Y trong tế bào nước ối****Người gửi**

.....