

REKVISITION TIL KROMOSOMUNDERSØGELSE AF ABORTVÆV / FOETUS MORTUUS

*Mater _____

*CPR-nr. _____

*Adresse _____

Egen læge _____

Pater _____

CPR-nr. _____

Adresse _____

Egen læge _____

Henvisningsdiagnose _____

Henvisende læge, afdeling, institution _____

Prøverne er taget	*Dato: _____ Af: _____
Type af væv	
Er fosteret undersøgt ved	Amnion <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/>
Gestationsalder	Uger: _____
Køn	
Observerede misdannelser	
Har fosteret været dødt før aborten	Ja <input type="checkbox"/> Hvor længe: _____ Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>
Sektion udføres	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

***Betalende instans (skal udfyldes)**

Betalende instans: _____

Ordre- eller rekvisitionsnummer: _____ Person- eller anden reference: _____

EAN-nummer:

Følg i øvrigt Kennedy Centrets instruks vedr. kromosomundersøgelse af abortvæv/foetus mortuus på www.kennedy.dk

Resultatet af kromosomundersøgelser registreres i Dansk Cytogenetisk Centralregister af hensyn til kvalitetssikring og -udvikling.
Vi anmoder om, at den henvisende/rekvirerende læge oplyser patienten om dette i.h.t. persondatalovens bestemmelser om oplysningspligt.