



## Kromosoomianalüüs amnionivedelikust

Nimi			
Vanus IK		Kontakttel.	
Elukoht			
Saatev arst			
Rh		Ras. suurus	
Soovib teada lapse sugu	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei		
Näidustus	<input type="checkbox"/> Vanus <input type="checkbox"/> Ema vere markerite muutus <input type="checkbox"/> Eelmine laps Down <input type="checkbox"/> UH anomaalia <input type="checkbox"/> muu (ära märkida)		
Kaasuvad probleemid	<input type="checkbox"/> Eelnev ähvardav katkemine <input type="checkbox"/> Emaka anomaaliad <input type="checkbox"/> Ravimite tarvitamine <input type="checkbox"/> Jne (ära märkida)		
Platsenta asetus	<input type="checkbox"/> Ees <input type="checkbox"/> Taga <input type="checkbox"/> muu	Punktsioon läbi platsenta	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah
Punktsioonide arv	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Tüsistused/märkused	
Arst	Allkiri	Tempel	Kuupäev