



2.TRİMESTER BİLGİLENDİRME FORMU

Doküman Kodu	KLN.FR.025
Yayın Tarihi	04.01.2016
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1

DEMOGRAFİK BİLGİLER

ADI SOYADI

HASTA NO ÖRNEK NO

ADRES

DOKTOR

DOĞUM TARİHİ : / /

DÜZELTME FAKTÖRLERİ

SERUM ALINDIĞI TARİHTEKİ METERNAL AĞIRLIK

SİGARA EVET ☐ AYIR ☐

DİYABET EVET ☐ HAYIR ☐

ETNİK KÖKEN AFRIKALI ☐ ASYALI ☐ BEYAZ ☐

IVF (TÜP BEBEK) EVET ☐ HAYIR ☐

ULTRASON BİLGİLERİ

ULTRASON TARİHİ ÖRNEK ALMA TARİHİ

FETUS SAYISI BPD DEĞERİ

ÖNCEKİ GEBELİKLERDE TRİSOMY 21 Lİ VAR ☐ YOK ☐

LABORATUVAR TESTLERİ

AFP ☐ HCG ☐ UE3 ☐