

# Fetale Chromosomenstörungen

## Patientendaten und allgemeine Angaben

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Letzte Periode \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Gravidität nach IVF / ICSI  nein  ja

Ethnische Zugehörigkeit  Kaukasierin (weiss)  Afrikanerin (schwarz)  Asiatin

Diabetes mellitus  nein  ja (insulinabhängig)  Gestationsdiabetes

Raucherin  nein  ja

Frühere SS mit Trisomie  nein  ja

Frühere SS mit Neuralrohrdefekt  nein  ja

Barcode

## Screening 1. Trimenon (SSW 10+6 – 13+6)

Ultraschalluntersuchung \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Schwangerschaftswoche (US) \_\_\_\_\_ Woche / Tag \_\_\_\_\_

Nackentransparenz-Durchmesser \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_

Scheitel-Steiss-Länge (SSL) \_\_\_\_\_ mm (idealer Bereich 40 - 83 mm)

Anzahl Feten \_\_\_\_\_

## Screening 2. Trimenon (SSW 15+0 – 18+6)

Ultraschalluntersuchung \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Scheitel-Steiss-Länge (SSL) \_\_\_\_\_ mm (idealer Bereich 40 - 83 mm)

Biparietaler Durchmesser (BIP) \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_

→ entspricht Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_ Woche / Tag \_\_\_\_\_

Anzahl Feten \_\_\_\_\_

**Bitte das Formular vollständig auszufüllen, da sämtliche Angaben für die Risiko-Berechnung notwendig sind.**

