

**Auftraggeber/in****Medics Labor AG**Südbahnhofstrasse 14c  
3001 Bern

# 1. Trimester-Test

Pränatale Risikobestimmung für  
Trisomie 21, 18, 13 aus mütterlichem Serum  
(Bestimmung von PAPP-A und beta-HCG frei)

**Patientin**Name Vorname Geburtsdatum Strasse Nr. PLZ Ort Rechnung an  Patientin  Kasse .....Entnahmedatum  /  /  Untersuchungsmaterial:  Serum (abpipettiert, bis zum Versand im Kühlschrank gelagert) 1trim PRISCA SSW 10+6–13+7 SSL 40-84 mm fast Fast Screen SSW 11+1–14+0 SSL 45-84 mm

Tel. Bericht an .....

Befundkopie an .....

**Ultraschallbefund**Ultraschall durchgeführt am  /  / Anzahl Feten Scheitel-Steiss-Länge (SSL)  mmentspricht  Wochen +  TageNackentransparenz (NT)  mm**Anamnestiche Angaben**Datum letzte Menstruation Gewicht der Mutter Gravidität nach IVF/ICSI  nein  jaDiabetes mellitus  nein  ja, insulinabhängig  ja, GestationsdiabetesRaucherin  nein  jafrühere SS mit Trisomie  nein  jaBevölkerungsgruppe  kaukasisch  asiatisch  afrikanisch  andere \_\_\_\_\_