

Naam, adres, woonplaatsgegevens + geb. datum

**AANVRAAG SERUMSCREENING
DOWNSYNDROOM**

LAB BINDINGSANALYSE UMCG
(9+ 0 t/m 13+ 6 Weken zwangerschap)

Aanvragende arts / verloskundige :

afdruk ponskaartje zwangere

Afnamedatum :

__ / __ / ____

Verplicht invullen !!!

PAPP-A en free β HCG

Af te nemen materiaal:

1 Buis Stolbloed (met gel)

Zwangerschapsgegevens:

A terme datum:

Gewicht:

Verplicht invullen (t.b.v. interne controle laboratorium uitslagen)

Preanalyse:

Verzend bloedbuis of min. 0.5 ml serum (bij KT) naar UMCG
Opslag bij 4 °C tot aan verzenden. Niet op vrijdag verzenden

Echocentrum NT Meting :

Echopraktijk NOP

Verplicht invullen !!!

opsturen naar:

Universitair Medisch Centrum Groningen
Lab. Bindingsanalyse
CMC5, 1e etage, Y1.130
Postbus 30.001
9700 RB Groningen