



Doküman Kodu: BL.FR.033

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

Adı Soyadı		Tarih:...../...../20.....
Doğum Tarihi/...../.....	Plk.Srv.:
Adres ve İletişim No		Plk./Srv. Prt . No: Lab.Prt. No:
Kilo ve BoyKg; cm	
D.Mellitus	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Ultrasound Tarihi:...../...../20....
Sigara	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Gebelik Haft:.... .hafta.....Gün(Ultrasounda göre)
İkiz Gebelik	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Anensefali	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Akraba Evliliği	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Son Adet Tarihi/...../.....	
Önceki Gebelik Hikayesi		
CRL:mm		
NT:mm Ölçen Dr.:		
Çalışılacak Testler: <input type="checkbox"/> Free Beta HCG <input type="checkbox"/> PAPP-A <input type="checkbox"/> NT İstemi Yapan Dr.		

Lab. Tek. Lab. Uzm.