MEDIZINISCHES LABOR invenimus

Industriestrasse 30 | 8302 Kloten
Tel 044 800 10 20 | Fax 044 800 10 29
info@invenimus.ch | www.invenimus.ch

Pränataldiagnostik NIPT

Patientendaten

Name ----------
Vorname ----------
Strasse/Nr. ----------
PLZ/Ort ----------
Geburtsdatum
Geschlecht ☐ W ☐ M
PatientenNr.: ----------
Krankenkasse: ----------
Proben-Entnahmedatum
Entnahmezeit

Einsender

Praxis-Stempel

Verrechnung/Berichterstattung (als Standard wird die Rechnung elektronisch an die Krankenkasse übermittelt)

☐ Rechnung an Patientin ☐ Einsender ☐ Nichtpflichtleistung
☐ Nebenstehend: _____
☐ Notfall ☐ Telefon
☐ Befundkopie an Patientin ☐ Befundkopie an: _____

Material, wird vom Labor ausgefüllt

☐ 1x cell free DNA BCT-Tube
☐
☐
☐

Bemerkungen

Auftragsnummer (Labor intern)

NIPT (nicht-invasiver Pränataltest)
ab SSW 10 + 0 durchführbar (gilt auch bei Geminischwangerschaft)

SSW _ _ _ _ +_ _ _
(zum Zeitpunkt der BE)

SSW _ _ _ _ +_ _ _
(nach US-Daten)

Datum der Ultraschallmessung

aktuelle Schwangerschaft

Gewicht _ _ _ _ _ _ kg Körpergrösse _ _ _ _ _ _ _ _ cm
☐ Einzelschwangerschaft
☐ Geminischwangerschaft (Verlust eines Zwillings ☐ ja ☐ nein)
☐ Noch unbekannt
IVF/ICSI Schwangerschaft ☐ ja ☐ eigene Eizelle
☐ fremde Eizelle (Spende)
Alter Spenderin bei Entnahme _ _ _ _ _ _ _ _ _

Indikation

☐ Erhöhtes Risiko basierend auf ETT Resultat **1:**_ _ _ _ _ _
☐ Ultraschall-Auffälligkeit des Fetus
☐ Frühere Schwangerschaft mit einer fetalen Aneuploidie
☐ Erblich bedingtes Risiko für eine fetale Aneuploidie
☐ Andere: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Gewünschte Untersuchung

NIPT02 ☐ Trisomie 21, 18, 13, mit fetalem Geschlecht, ohne XY-Analyse
NIPT03 ☐ Trisomie 21, 18, 13, mit fetalem Geschlecht, mit XY-Analyse
(nur bei Einzelschwangerschaft)
7902 ☐ NIPT-Erweitung: seltene autosomale Trisomien, gewisse Anomalien der Autosomen (Deletionen+Duplikationen > 7 Mb)
Nichtpflichtleistung Zusatzkosten CHF 250.-

Informierte Zustimmung zur genetischen Diagnostik

Zuweisender Arzt:
Ich habe oben genannte Person gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (GUMG) eingehend über den Pränataltest aufgeklärt und ihr Einverständnis für die verlangten Untersuchungen eingeholt.

Stempel und Datum: **Unterschrift Arzt (zwingend):**

Einverständnis der Patientin:
Ich wurde vom Arzt eingehend aufgeklärt und bin mit der Untersuchung einverstanden.

Datum: **Unterschrift Patientin (zwingend):**

Präanalytik:
Blutentnahme 1 cell free DNA BCT-Tube vollständig mit Blut gefüllt, vorsichtig mischen (10x kippen) und bis zum Transport bei 4°C lagern.

Vers. 08 / Juni 2024