

AUCS **Laboratorium**

Avsändarens identifikationsnummer för provet _____

Laboratoriets undersökningsnummer _____

Provtagningsstidpunkt _____

Mottaget i laboratoriet _____

Obs: Provet måste levereras till laboratoriet inom fem (5) dygn efter provtagning. Provet förvaras i rumstemperatur.

Remitterande enhet	Svars- och faktureringsadress
---------------------------	--------------------------------------

Patientens namn	Personbeteckning
Följande undersökning beställs:	13808 B-NIPT seu (screeningundersökning, pilot)
Uppgifter om graviditeten:	
Antal foster:	
Möjliga tilläggsinformationer:	

Tfn.	e-post
------	--------