

Vennligst fyll ut dette skjemaet ved ønske om matrtise-basert kromosomundersøkelse (ofte kalt aCGH)

Gode kliniske opplysninger er avgjørende for vår vurdering av eventuelle funn

Pasientens navn.....Fødselsdato/personnr.....

Rekvirent:.....

Er foreldre i slekt NEI / JA

Er det flere i familien med samme tilstand (*sett ring rundt rett svar*) NEI / JA

Er prøvematerialet del av en familieutredning NEI / JA

Dersom ja, vennligst tegn et familietre eller oppgi slektskap på baksiden av arket.

GENERELT

Mentalt retardert NEI / JA: Mild / moderat / alvorlig

Lærevansker NEI / JA

SGA NEI / JA: Fødselsvekt.....gram

Mikrocephali NEI / JA: Prenatal (primær) / postnatal (sekundær)

Spisevansker 1. leveår NEI / JA: Innlagt PEG / nasogastrisk sonde / intet

Epilepsi NEI / JA

Redusert hørsel NEI / JA: Lett / moderat / alvorlig

Redusert syn NEI / JA: Lett / moderat / alvorlig

Søvnproblemer NEI / JA

Adferdsproblemer NEI / JA: ADHD / autisme / selvskading / aggressivitet

Hodeomkretscm ved.....års alder / følger.....percentilen

Lengdecm ved.....års alder / følger.....percentilen

Dysmorfe trekk NEI / JA, spesifiser:

MALFORMASJONER

CNS NEI / JA, spesifiser.....

Øre NEI / JA, spesifiser.....

Øye NEI / JA, spesifiser.....

Hjerte NEI / JA, spesifiser.....

Nyre/genitalia NEI / JA, spesifiser.....

Hud/tenner NEI / JA, spesifiser.....

Skjelett NEI / JA, spesifiser.....

Andre NEI / JA, spesifiser:.....

ANNET (herunder endokrine/hematologiske forstyrrelser):