

Frågeformulär inför mikroarray eller helexomanalys

Namn: _____ Personnummer: _____

Avvikelse	Nej	Ja	?	Specificera
Psykisk utvecklingsförsening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Försenad språkutveckling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Försenad motorisk utveckling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypotoni/muskelsvaghet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autismspektrum- /beteendestörning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsi/kramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CNS avvikelser på MR/CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tillväxt -följer kurva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Längd: cm (SD) Vikt: kg (SD)
Kranium avvikelser Huvudomfång och form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cm (SD)
Synavvikelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjärtfel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Njuravvikelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gastrointestinala avvikelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genitalia <small>ex retentio testis</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skelettavvikelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sitthöjd: cm Armspann: cm

Dysmorfa drag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ögon ex hypotelorism/snedställda ögonspringor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Öron ex lågt sittande/dysplastiska	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Näsa placering och form	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Munregion ex gom, haka, filtrum, tänder, läppar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Hud/hår/naglar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Händer och fingrar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fötter och tår	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Andra dysmorfa drag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Immunologisk/metabol/hormonell rubbn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Annat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Tidigare genomförda analyser: _____

Mammas/Pappas/syskons hälsa/skolgång: _____

Mammas längd: _____ Pappas längd: _____

Föreligger släktskap mellan föräldrarna? Ja Nej Om ja, ange hur: _____

Foto medskickat? Ja (komplettera med medgivande till lagring i journal) Nej

Familjehistoria/Annat: _____
