

## Frågeformulär inför arrayanalys

"?" motsvarar "okänt", "vet ej"

Namn \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Avvikelse	Nej	Ja	?	Kommentar
Generella aspekter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mental retardation	<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"/>	
Autismspektrumstörning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypotoni/muskelsvaghet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tillväxthämning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CNS avvikelser på MR / CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kranium avvikelser ex. mikrocefali/brakycefali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dysmorfa drag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ögon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Munregionen t.ex spalt/mikrognati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Njurar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gastrointestinalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hud/hår/naglar/tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skelett ex extremiteter/thorax	<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"/>	
Blod Immunologisk/metabol/hormonellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Familjehistoria t.ex. upprepade missfall, medfödda missbildningar i släkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annat (specificera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tidigare genomförda genetiska analyser \_\_\_\_\_

Mammas hälsa \_\_\_\_\_

Pappas hälsa \_\_\_\_\_

Föreligger släktskap mellan föräldrarna?  Ja  Nej

Ytterligare kommentarer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_