



Rodné číslo						Kód amb./odd.	Pečiatka a podpis lekára
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Priezvisko						Číslo telef. gyn. ambulancie	
Meno			Titul				
Informovaný súhlas tehotnej Bola som poučená o význame vyšetrení a s vyšetreniami súhlasím						 podpis tehotnej
Dg. hlavná		Zdrav. poisť.					
Z36.0							

Integrovaný prenatálny skrining (2. časť)
II. trimester (15+0 - 16+0) - vyšetrenie AFP, hCG, uE3

Žiadosť o výpočet rizika špeciálnym softvérom

Anamnestické údaje

Výskyt Downovho syndrómu v predch. gravidite <input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - nededičný DS <input type="checkbox"/> 2 - translokačná forma DS <input type="checkbox"/> 3 - etiológia neznáma		NTD v predchádzajúcich graviditách <input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - jeden <input type="checkbox"/> 2 - 2 a viac		Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno		Gravidita po IVF <input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno		Fajčiarka <input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno	
Vek matky v čase pôrodu dieťaťa s DS rok(y)									

Dátum a čas odberu krvi	Hmotnosť matky kg	Posledná menštruácia
-------------------------	----------------------	----------------------

Dátum UZV	CRL	Gestačný vek podľa UZV Týždeň + deň	Počet plodov
Gestačný vek podľa UZV bol stanovený na základe merania <input type="checkbox"/> 1-BDP <input type="checkbox"/> 2-BPD u jedného z dvojčiat <input type="checkbox"/> 3-BPD u oboch dvojčiat <input type="checkbox"/> 4-viacerých biometrických parametrov(BPD,CRL,HC,FL - tzv. kompozitný vek plodu) <input type="checkbox"/> 5-nie je známe			

Ak bolo vykonané vyšetrenie NT, vyplňte túto tabuľku:

Dátum UZV	CRL mm	Počet plodov	NT(1) mm	NT (2-dvojča) mm
NT vyšetřil		MUDr.		

Podmienky na vykonanie integrovaného prenatálneho skriningu

- gravidná musí mať urobenú 1. časť integrovaného prenatálneho skriningu v našom laboratóriu
- úplne, čitateľne, presne a správne vyplnená žiadosť, vrátane informovaného súhlasu tehotnej (podpis tehotnej)
- vyšetrenie AFP, hCG a uE3 opt. v období 15+0 - 16+0 týždňa gravidity, ak sa odber urobí po 21. týždni, výsledky nie je možné interpretovať
- na vyšetrenie je potrebné odobrať vzorku 5ml venóznej krvi nalačno a doručiť do laboratória najneskôr do 4 hodín od odberu
- vek plodu vo formáte týždeň + deň (pre výpočet rizika je uvedenie iba týždňa gravidity nedostatočné)

Použitie skratky: NTD - neural tube defect, IVF - in vitro fertilisation, BPD - biparietal diameter, CRL - crown-rump le

HC - head circumference, FL - femur length, UZV - ultrazvukové vyšetrenie, DS - Downov syndróm, NT - nuchal translucency

Vyberte vždy jednu z možností a označte krížikom



