



Rodné číslo								Kód amb./odd.	Pečiatka a podpis lekára
Priezvisko								Číslo telef. gyn. ambulancie	
Meno				Titul				Informovaný súhlas tehotnej Bola som poučená o význame vyšetrení a s vyšetreniami súhlasím	
Dg. hlavná		Zdrav. poisť.						..... podpis tehotnej	
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		NTD v predchádzajúcich graviditách	
<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 1 - nededičný DS	<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 1 - jeden
<input type="checkbox"/> 2 - translokačná forma DS	<input type="checkbox"/> 3 - etiológia neznáma	<input type="checkbox"/> 2 - 2 a viac	
Vek matky v čase pôrodu dieťaťa s DS		Diabetes mellitus	Gravidita po IVF
rokov		<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno
		Fajčiarka	
		<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno	

Dátum a čas odberu krvi	Hmotnosť matky	Posledná menštruácia
	kg	

Dátum UZV	CRL	Gestačný vek podľa UZV	Počet plodov
		Týždeň + deň	
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	Počet plodov	NT(1)	NT (2-dvojča)
	mm		mm	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)
- Použité skratky:** NTD - neural tube defect, IVF - in vitro fertilisation, BPD - biparietal diameter, CRL - crown-rump length  
HC - head circumference, FL - femur length, UZV - ultrazvukové vyšetrenie, DS - Downov syndróm, NT - nuchal translucency

Vyberte vždy jednu z možností a označte krížikom



Rodné číslo								Kód amb./odd.	Pečiatka a podpis lekára
Priezvisko								Číslo telef. gyn. ambulancie	
Meno				Titul				Informovaný súhlas tehotnej Bola som poučená o význame vyšetrení a s vyšetreniami súhlasím	
Dg. hlavná		Zdrav. poisť.						..... podpis tehotnej	
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		NTD v predchádzajúcich graviditách	
<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 1 - nededičný DS	<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 1 - jeden
<input type="checkbox"/> 2 - translokačná forma DS	<input type="checkbox"/> 3 - etiológia neznáma	<input type="checkbox"/> 2 - 2 a viac	
Vek matky v čase pôrodu dieťaťa s DS		Diabetes mellitus	Gravidita po IVF
rokov		<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno
		Fajčiarka	
		<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno	

Dátum a čas odberu krvi	Hmotnosť matky	Posledná menštruácia
	kg	

Dátum UZV	CRL	Gestačný vek podľa UZV	Počet plodov
		Týždeň + deň	
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	Počet plodov	NT(1)	NT (2-dvojča)
	mm		mm	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)
- Použité skratky:** NTD - neural tube defect, IVF - in vitro fertilisation, BPD - biparietal diameter, CRL - crown-rump length  
HC - head circumference, FL - femur length, UZV - ultrazvukové vyšetrenie, DS - Downov syndróm, NT - nuchal translucency

Vyberte vždy jednu z možností a označte krížikom



