



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"/>	<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	
Dg. hlavná				Zdrav. poisť.				
Z36.0								podpis tehotnej	

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"/>	0 - nie	
<input type="checkbox"/>	1 - nedeďičný DS	<input type="checkbox"/>	1 - jeden	
<input type="checkbox"/>	2 - translokačná forma DS	<input type="checkbox"/>	2 - 2 a viac	
<input type="checkbox"/>	3 - etiológia neznáma	Diabetes mellitus		
Vek matky v čase pôrodu dieťaťa s DS		<input type="checkbox"/>	Gravidita po IVF	
rokov		<input type="checkbox"/>	0 - nie	
		<input type="checkbox"/>	1 - áno	
		<input type="checkbox"/>	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"/>	4-viacerých biometrických parametrov(BPD,CRL,HC,FL - tzv. kompozitný vek plodu)
<input type="checkbox"/>	2-BPD u jedného z dvojčiat	<input type="checkbox"/>	5-nie je známe
<input type="checkbox"/>	3-BPD u oboch dvojčiat		

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)

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

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

Vyberte vždy jednu z možností a označte krížikom



