

Rodné číslo

Priezvisko

Adresa (ulica, číslo domu, mesto/obec, PSČ)

Kód ZP

IČ EU

Dg1

Dg2

Dg3

Dátum narodenia

Meno

Kód krajiny

Pohlavie

Telefónne číslo

E-mail

Výška

Váha

Diuréza

Hebd.

Dátum a čas odberu

Poznámka

FMC

Delegujúci / Zastupujúci lekár

P kód

A kód

Kód hospitalizačného prípadu

Pečiatka a podpis lekára

STATIM

KLINICKÉ ÚDAJE

Dátum odberu:

Dátum poslednej menštruácie:

Hmotnosť matky:

Gestačný vek podľa USG:

Týždeň tehotenstva (Hebd.):

ULTRAZVUKOVÉ VYŠETRENIE

Dátum ultrazvuku:

Počet plodov:

CRL v mm:

BPD v mm:

NT v mm:

Dátum vyšetrenia NT:

Sonografista:

*vyžaduje sa certifikát FMF

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Gravidita po IVF:

Downov sy. (T21) v predchádzajúcej gravidite:

NTD v predchádzajúcej gravidite:

Inzulín dependentný diabetes:

Fajčenie:

☐ áno
☐ nie

☐ áno
☐ nie

☐ áno
☐ nie

☐ áno
☐ nie

☐ áno
☐ nie

SKRÍNING VRODENÝCH VÝVOJOVÝCH CHÝB

☐ 1. TRIMESTER (10+0 až 13+6) *1TRIM

☐ 2. TRIMESTER (15+0 až 22+6) *2TRIM

KRV NA SÉRUM

S_PAPP-A
S_Voľný-β-hCG

KRV NA SÉRUM

S_AFP
S_Celkový hCG
S_Voľný estriol

INÉ ČASTO POUŽÍVANÉ VYŠETRENIA

PLODOVÁ VODA

AFP v plodovej vode AFPPV

KRV NA SÉRUM

Preeklampsia €
Pomer sFlt-1/PlGF *PREEKL
S_sFlt-1 € SFLT
S_PlGF € PLGF

POZNÁMKA