

ŽÁDANKA GYNEKOLOGICKÁ - screening vrozených vývojových vad

Příjmení: Jméno: štítek OM

Číslo pojištění: Pohlaví: M Ž

Pojišťovna: Samoplátce STATIM

Datum / čas odběru: / Diagnóza:

Adresa:

E-mail:

Telefon: Zpřístupnit výsledky pacientovi

Razítko a podpis lékaře:

Žádanou vyplňte čitelně, požadované metody označte vyplněním koleček černou nebo modrou barvou - správně: , chybně:

Transfuzní laboratoř	Infekční sérologie	Screening vrozených vývojových vad	Další vyšetření
<input type="radio"/> Krevní obraz	<input type="radio"/> a-HIV+p24Ag	<input type="radio"/> PIGF	<input type="radio"/> Glukóza v plazmě
<input type="radio"/> Diferenciál	<input type="radio"/> Syfilis (a-TP + RPR)	<input type="radio"/> sFlt1	<input type="radio"/> oGTT pro těhotné
<input type="radio"/> Krevní skupina + Rh faktor	<input type="radio"/> HBsAg	<input type="radio"/> Preeklampsie sFlt1, PIGF	<input type="radio"/> HCG
<input type="radio"/> Podskupina	<input type="radio"/> a-HBc	1. trimestr	<input type="radio"/> AMH
<input type="radio"/> Rh fenotyp	<input type="radio"/> a-HCV	<input type="radio"/> PAPP-A	<input type="radio"/> Žlučové kyseliny
<input type="radio"/> Screen. protilátek	<input type="radio"/> Toxoplasma gondii IgM, IgG	<input type="radio"/> Beta HCG volný	
	<input type="radio"/> a-Rubeola v. IgM, IgG	2. trimestr	
	<input type="radio"/> a-CMV IgM, IgG	<input type="radio"/> AFP	
	<input type="radio"/> a-HSV1,2 pool IgM, IgG	<input type="radio"/> HCG celkový	
		<input type="radio"/> Estriol volný	
<input type="radio"/> Chlamydia Trachomatis PCR (moč nebo stěr)			

Anamnéza:	Poznámka:
Datum narození matky:	
Hmotnost:	
Datum poslední menstruace:	
Týden těhotenství:	
Datum provedení UZ:	
CRL: <input type="text"/> mm	
NT: <input type="text"/> mm	
BPD: <input type="text"/> mm	
Nosní kost: <input type="radio"/> přítomna <input type="radio"/> nepřítomna	
Gestační věk dle UZ:	
Počet plodů:	
IVF: <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne	

Vysvětlivky k odběrům:

Srážlivá krev EDTA NaF + EDTA



411010225