

Žádanka OLM
k provedení screeningu
vrozených vývojových vad

v prvním (8.-13.+6.týden) nebo druhém (14.-20.týden) trimestru včetně integrace výsledků programem PRISCA

Příjmení jméno:

Rodné číslo: Pojišťovna: Dg:

Bydliště:

Materiál přijat dne: v hod Evid.č. OLM:

V případě patol. nálezu chci poslat výsledek i na pracoviště:

U.S.G.Pol (MUDr. Polák, MUDr. Hyjánek)	ANO	NE
k jinému genetikovi	ANO	NE

Datum odběru:

Datum prvního dne poslední menstruace:

Gestační věk dle data odběru:

Žádáme o vyšetření (zaškrtněte):

1.trimestr (8.týden – 13+6)
(PAPP-A + free β hCG)

2.trimestr (14+0 – 20.týden)
(hCG + AFP + E3)

PIGF – Placentární růstový faktor

Ultrazvuková data:

Datum UZ	
CRL (mm)	
Nuchální translucence (NT) v mm	
BPD (mm)	
Gestační věk dle UZ – týden + den	
Předchozí gravidita s trisomií T21	ANO / NE
Nosní kůstka – NB	Neměřena / NEPŘÍTOMNA / PŘÍTOMNA
Datum porodu dle UZ	
Identifikace vyšetřujícího	

Korekční faktory:

Hmotnost pacientky (kg)		
Etnikum – Kavkazská // Asie // Afrika		
Kouření	ano	ne
DM 1.typ (ano/ne)	ano	ne
IVF, ovariální stimulace, jiné	ano	ne
Vícečetné těhotenství – počet plodů	ano	ne

Anamnéza:

Downův syndrom	ano	ne
Edwardsův syndrom	ano	ne
Jiné		

Razítko, podpis a telefon odesílajícího lékaře