

Laboratórne číslo (vyplní laboratórium)		
Rodné číslo	Kód amb./odd.	Pečiatka a podpis lekára
Priezvisko	Zdr. poisťovňa	
Meno	Titul	Informovaný súhlas tehotnej Bola som poučená o význame vyšetrení a s vyšetreniami súhlasím.
Dg. hlavná	Dg. ostatné podpis tehotnej
Z36.0		

Integrovaný prenatálny skrining (2. časť) II. trimester (14+0 - 15+6) – 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 – jeden	<input type="checkbox"/> 2 – 2 a viac
<input type="checkbox"/> 1 – nededičný DS			
<input type="checkbox"/> 2 – translokačná forma DS			
<input type="checkbox"/> 3 – etiológia neznáma	Gravidita po IVF	Fajčiarka	Diabetes mellitus
Vek matky v čase pôrodu dieťaťa s DS	<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 0 - nie
rokov	<input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 1 - áno

Posledná menštruácia	Hmotnosť matky	Dátum a čas odberu krvi
	kg	

Počet plodov	Gestačný vek podľa UZV	Dátum UZV
	Týždeň: + deň	

Gestačný vek podľa UZV bol stanovený na základe merania	
<input type="checkbox"/> 1 - BPD	<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"/> 3 - BPD u oboch dvojčiat	<input type="checkbox"/> 5 - nie je známe

Ak bolo vykonané vyšetrenie NT, vyplňte túto tabuľku:

Dátum UZV	Počet plodov	CRL	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 14+0 až 15+6 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 length, HC - head circumference, FL - femur length, UZV - ultrazvukové vyšetrenie, DS - Downov syndróm, NT - nuchal translucency

Vyberte vždy jednu z možností a označte krížikom

Analytika a výsledky: (041-5110) 569, CALLCENTRUM 041/ 2000 999

© KLINICKÁ BIOCHÉMIA s. r. o., V. Spányola 47A, 010 01 Žilina www.klinickabiochemia.sk

Laboratórne číslo (vyplní laboratórium)		
Rodné číslo	Kód amb./odd.	Pečiatka a podpis lekára
Priezvisko	Zdr. poisťovňa	
Meno	Titul	Informovaný súhlas tehotnej Bola som poučená o význame vyšetrení a s vyšetreniami súhlasím.
Dg. hlavná	Dg. ostatné podpis tehotnej
Z36.0		

Integrovaný prenatálny skrining (2. časť) II. trimester (14+0 - 15+6) – 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 – jeden	<input type="checkbox"/> 2 – 2 a viac
<input type="checkbox"/> 1 – nededičný DS			
<input type="checkbox"/> 2 – translokačná forma DS			
<input type="checkbox"/> 3 – etiológia neznáma	Gravidita po IVF	Fajčiarka	Diabetes mellitus
Vek matky v čase pôrodu dieťaťa s DS	<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 0 - nie
rokov	<input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 1 - áno

Posledná menštruácia	Hmotnosť matky	Dátum a čas odberu krvi
	kg	

Počet plodov	Gestačný vek podľa UZV	Dátum UZV
	Týždeň: + deň	

Gestačný vek podľa UZV bol stanovený na základe merania	
<input type="checkbox"/> 1 - BPD	<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"/> 3 - BPD u oboch dvojčiat	<input type="checkbox"/> 5 - nie je známe

Ak bolo vykonané vyšetrenie NT, vyplňte túto tabuľku:

Dátum UZV	Počet plodov	CRL	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 14+0 až 15+6 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 length, HC - head circumference, FL - femur length, UZV - ultrazvukové vyšetrenie, DS - Downov syndróm, NT - nuchal translucency

Vyberte vždy jednu z možností a označte krížikom

Analytika a výsledky: (041-5110) 569, CALLCENTRUM 041/ 2000 999

© KLINICKÁ BIOCHÉMIA s. r. o., V. Spányola 47A, 010 01 Žilina www.klinickabiochemia.sk