



Gynekologická žádanka - screening vrožených vývojových vad

SPADIA LAB, a.s. - Diagnostická laboratoř

www.spadia.cz

tel.: 599 524 800, 599 524 801, 599 524 802, zelená linka 800 100 329

Dr. Martínka 1491/7, 700 30 Ostrava-Hrabůvka

Pojišťovna:	Diagnózy:		IČZ / odbornost:
Číslo pojištění:			Datum / čas odb.:
Jméno:			Výška / hmotnost:
Bydliště:	Telefon:		
Transfuzní laboratoř	screening vrožených vývojových vad		Anamnéza:
<input type="radio"/> Krevní obraz	1. trimestr	Datum narození matky:	
<input type="radio"/> Diferenciál	<input type="radio"/> PAPP-A	Hmotnost:	
<input type="radio"/> Krevní skupina	<input type="radio"/> Beta HCG volný	Datum poslední menstruace:	
<input type="radio"/> Podskupina	2. trimestr	Týden těhotenství:	
<input type="radio"/> Rh fenotyp	<input type="radio"/> AFP	Datum provedení UZ:	
<input type="radio"/> VDRL (RRR)	<input type="radio"/> HCG celkový	CRL: mm	
<input type="radio"/> TPHA	<input type="radio"/> Estriol volný	NT: mm	
<input type="radio"/> Screen. protilátek	Sérologie	BPD: mm	
<input type="radio"/> HBsAg	<input type="radio"/> Toxo plasma IgM, IgG	Gestační věk dle UZ:	
<input type="radio"/> HIV 1/2	<input type="radio"/> KFR	Počet plodů:	
<input type="radio"/> a-HCV		IVF: ano - ne	
<input type="radio"/> a-HBc	<input type="radio"/> HCG		

<input type="radio"/> Chlamydia Trachomatis PCR

Razítko a podpis lékaře

Vysvětlivky k odběrům: EDTA srážlivá krev moč