

Pojišťovna:		Diagnózy:		IČZ / odbornost:	
Číslo pojištěnce:				Datum / čas odb.:	
Příjmení:			Jméno:		Výška / hmotnost:
Bydliště:			Telefon:		
Transfuzní laboratoř		screening vrožených vývojových vad			Anamnéza:
<input type="radio"/>	Krevní obraz	<input type="radio"/>	PIGF	Datum narození matky:	
<input type="radio"/>	Diferenciál	<input type="radio"/>	sFlit1	Hmotnost:	
<input type="radio"/>	Krevní skupina + Rh faktor	<input type="radio"/>	Preeklampsie sFIT1, PIGF	Datum poslední menstruace:	
<input type="radio"/>	Podskupina	1. trimestr		Týden těhotenství:	
<input type="radio"/>	Rh fenotyp	<input type="radio"/>	PAPP-A	Datum provedení UZ:	
<input type="radio"/>	Screen. protilátek	<input type="radio"/>	Beta HCG volný	CRL:	mm
Infekční sérologie		2. trimestr		NT:	mm
<input type="radio"/>	a-HIV+p24Ag	<input type="radio"/>	AFP	BPD:	mm
<input type="radio"/>	RPR (syfilis - nespecifické protilátky)	<input type="radio"/>	HCG celkový	Gestační věk dle UZ:	
<input type="radio"/>	TPHA (syfilis - specifické protilátky)	<input type="radio"/>	Estriol volný	Počet plodů:	
<input type="radio"/>	HBsAg	Další vyšetření		IVF:	ano - ne
<input type="radio"/>	a-HBc	<input type="radio"/>	Glukóza	Vysvětlivky k odběrům: <input checked="" type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> srážlivá krev <input type="checkbox"/> NaF	
<input type="radio"/>	a-HCV	<input type="radio"/>	oGTT pro těhotné		
<input type="radio"/>	Toxoplasma gondii IgM,IgG	<input type="radio"/>	HCG		
<input type="radio"/>	a-Rubeola v. IgG, IgM	<input type="radio"/>	AMH		
<input type="radio"/>	a-CMV IgG, IgM	<input type="radio"/>	Žlučové kyseliny		
<input type="radio"/>	a-HSV1,2 pool IgM, IgG				
<input type="radio"/>		Chlamydia Trachomatis PCR (moč nebo stěr)		Razítko a podpis lékaře 	