

ŽÁDANKA GYNEKOLOGICKÁ - screening vrožených vývojových vad

Příjmení: Jméno:
 Číslo pojištění: Pohlaví: ☐ M ☐ Ž
 Pojišťovna: ☐ Samoplátce ☐ STATIM
 Datum / čas odběru: / Diagnóza:
 Adresa:
 E-mail:
 Telefon: ☐ Zpřístupnit výsledky pacientovi

štítek OM

Razítko a podpis lékaře:

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

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

Anamnéza:	Poznámka:
Datum narození matky:	
Hmotnost:	
Datum poslední menstruace:	
Týden těhotenství:	
Datum provedení UZ:	
CRL: mm	
NT: mm	
BPD: mm	
Nostní kost: ☐ přítomna ☐ nepřítomna	
Gestační věk dle UZ:	
Počet plodů:	
IVF: ☐ ano ☐ ne	

Vysvětlivky k odběrům:

☐ Srážlivá krev

☐ EDTA

☐ NaF + EDTA



411010225