

Žádanka: Screening Downova syndromu a Preeklampsie

Ústav laboratorní medicíny - Oddělení klinické biochemie

17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava

tel. 59 737 4128, - 3428 mobil: 732 831 618

Číslo pojistěnce:		Kód ZP:	IČP:	Odbornost:	Telefon:	
Matka (příjmení, jméno, titul):				Laboratorní č., kód		
Dg. základní:		Datum a čas odběru:				
UZ - NT	Datum provedení UZ - NT:	CRL (mm):		Dřívější výskyt trisomie	ANO	NE
		NT (mm):			ANO	NE
	Délka gravidity k datu UZ:	Počet plodů:	Hmotnost matky:		ANO	NE
	týden: den:		kg			
Diagnostika Downova syndromu a Preeklampsie *)						
I. TRIMESTR			II. TRIMESTR			
FB-HCG	U/l	HCG	U/l			
PAPP-A	IU/l	AFP	µg/l			
PIGF	ng/l					
Poznámky						
Doplňující údaje						
Adresa matky pro případnou korespondenci						
Ulice a č.p.:						
Obec:				PSC:		
Lékař (razítko a podpis)						

* V odpovídajícím trimestru označte křížkem v obdélníku vyšetření (resp. jejich kombinaci), které požadujete provést pro určení rizika DS resp. Preeklampsie

Číslo pojistěnce:		Kód ZP:	IČP:	Odbornost:	Telefon:	
Matka (příjmení, jméno, titul):				Laboratorní č., kód		
Dg. základní:		Datum a čas odběru:				
UZ - NT	Datum provedení UZ - NT:	CRL (mm):		Dřívější výskyt trisomie	ANO	NE
		NT (mm):			ANO	NE
	Délka gravidity k datu UZ:	Počet plodů:	Hmotnost matky:		ANO	NE
	týden: den:		kg			
Diagnostika Downova syndromu a Preeklampsie *)						
I. TRIMESTR			II. TRIMESTR			
FB-HCG	U/l	HCG	U/l			
PAPP-A	IU/l	AFP	µg/l			
PIGF	ng/l					
Poznámky						
Doplňující údaje						
Adresa matky pro případnou korespondenci						
Ulice a č.p.:						
Obec:				PSC:		
Lékař (razítko a podpis)						

* V odpovídajícím trimestru označte křížkem v obdélníku vyšetření (resp. jejich kombinaci), které požadujete provést pro určení rizika DS resp. Preeklampsie