

PRENATÁLNY SKRÍNING - 1. TRIMESTER

VYŠETRENIE MARKEROV TRIZÓMIE a NTD

Priezvisko:	<input type="text"/>	
Meno:	<input type="text"/>	
Rodné číslo:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Poisťovňa	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Dg. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dátum odberu:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Čas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



čiarový kód

Synlab.SK s.r.o.
Limbová 5, 831 01 Bratislava

tel.číslo: 02/32660716

Oddelenie/ Klinika/ tel.-klapka

Parametre označujte čiernou alebo modrou farbou!

správne

nesprávne

Hmotnosť:	Dátum PM:
Počet plodov:	Gestačný vek podľa PM:
Požadované vyšetrenia v 1. trimestri	
<input type="checkbox"/> PAPP	
<input type="checkbox"/> free betaHCG	
Fajčenie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Diabetes	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
T21 v predchádzajúcom tehotenstve	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
NTD v predchádzajúcom tehotenstve	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Etnický typ:	<input type="checkbox"/> Európsky <input type="checkbox"/> Ázijský <input type="checkbox"/> Africký

Dátum USG vyšetrenia:

CRL (v mm) podľa USG:

Gestačný týždeň podľa USG:
(uved'te týždeň + deň)

NT (v mm):

Meno lekára, ktorý realizoval sonografické vyšetrenie: