

## ŽIADANKA NA PRENATÁLNY SKRÍNING

Rodné číslo	<input type="text"/>	Europoistenci - priložiť kópiu preukazu poistenca	Poznámky, liečba
Priezvisko	<input type="text"/>	Kód krajiny	<input type="text"/>
Meno	<input type="text"/>	ID EU	<input type="text"/>
Dátum narodenia	<input type="text"/>	Štúdia	<input type="text"/>
Pohlavie	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	Gravidita <input type="checkbox"/>	Samoplatca <input type="checkbox"/> Fakturovať: zdrav. zariadenie <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/>
Dátum a čas odberu	<input type="text"/>	STATIM <input type="checkbox"/>	Bydlisko
Diagnóza	<input type="text"/>	Kód ZP <input type="text"/>	Tel. číslo
hlavná	<input type="text"/>		E-mail
vedľajšia	<input type="text"/>		Podpis samoplatcu
ID hospitalizačného prípadu	<input type="text"/>		<small>V súlade so zákonom č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a nariadením EP a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb, súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov v spoločnosti synlab slovakia s.r.o. a s postúpením výsledkov nelekárovi. Spracovanie osobných údajov vykonané so súhlasom klienta sa naďalej pokladá za zákonné aj v prípade, že klient súhlas dodatočne odvolá.</small>
			Odporúčajúci lekár (delegovaný odber)
			Meno <input type="text"/>
			Kód P <input type="text"/>
			Kód A <input type="text"/>
			Pečiatka a podpis lekára

Označujte čiernou alebo modrou farbou! Správne:  Nesprávne:  

Hmotnosť pacientky	<input type="text"/>	kg	Dátum PM:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
USG parametre:	Meno lekára (vykonávajúci USG)	<input type="text"/>	Dátum USG:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gestačný vek:	<input type="text"/>
								(uvedte týždeň a deň zodpovedný dátumu USG)	
Počet plodov:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>						
CRL:	mm	CRL:	mm	CRL:	mm				
NT:	mm	NT:	mm	NT:	mm				
NB:		NB:		NB:					
Downov syndróm v predchádzajúcej gravidite	NTD v predch.gravidite	Gravidita po IVF	Fajčiarka	Diabetes mellitus					
<input type="checkbox"/> Žiadny	<input type="checkbox"/> Žiadne	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie					
<input type="checkbox"/> Nezdedený	<input type="checkbox"/> Jedenkrát	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> DM závislý od inzulínu					
<input type="checkbox"/> Zdedená translokácia	<input type="checkbox"/> Dva-a viackrát								
<input type="checkbox"/> Nešpecifikovaný typ (predpokl.nezdedený)									
Požadované vyšetrenia:									
<input type="checkbox"/> I.trimester (týždeň 10+0 až 13+6):	<input type="checkbox"/> PAPP-A	<input type="checkbox"/> Free $\beta$ hCG							
<input type="checkbox"/> II.trimester (týždeň 15+0 až 22+6):	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> hCG total	<input type="checkbox"/> voľný estriol						

POZNÁMKY