



## Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

Laboratoře ÚBLG

Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol

Oddělení lékařské molekulární genetiky

Přednosta: Prof. MUDr. Milan Macek, DrSc.

<http://ublg.lf2.cuni.cz/>



### ŽÁDANKA O PRENATÁLNÍ SCREENING VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD

jméno, příjmení: ..... číslo pojištění: .....

datum narození: ..... pohlaví:  Ž /  M pojišťovna: ..... telefon: .....

bydliště: .....

diagnóza MKN: ..... email: .....

obvodní gynekolog, telefon: .....

**těhotné vedené v ÚBLG FNM:** ošetřující lékař(ka): ..... č. chorobopisu: .....

#### POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ - vyplní lékař

- screening v I. trimestru - stanovení hodnot PAPP-A, f-βHCG,  PIGF (volitelná možnost)
- screening ve II. trimestru - stanovení hodnot AFP, f-βHCG;  screening integrovaný (jen byl-li u nás proveden i I.trim.)
- datum vystavení žádanky: ..... odesílající lékař (jmenovka, podpis, čitelné razítko): .....
- datum, čas a místo odběru: .....
- primární vzorek:  krev /  jiný:

#### Přílohou žádanky je zpráva o UZ screeningu v I. trimestru která obsahuje:

datum vyšetření, počet plodů, u dvojčat chorionicitu, hodnoty CRL, BPD, NT, NB  
(u těhotenství zachycených v II. trimestru zpráva o UZ vyšetření s datací dle BPD)

#### ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK – vyplní těhotná

etnický původ:  evropský (kavkazský) /  asijský /  africký diabetes na inzulínu:  ano /  ne

poslední menstruace: ..... výška: ..... cm hmotnost: ..... kg

kouření:  ano /  ne – kolik ..... / den – přestala  před /  během těhotenství

IVF – věk při odběru oocyty: ..... let  darovaný oocyt věk dárkyně v době odběru oocytů: ..... let

počet předchozích těhotenství: ..... počet porodů: .....

ukončení z lékařské indikace:  ano /  ne – důvod: .....

jiné komplikace těhotenství: .....

Vyskytuje se u vás / ve vaší rodině vrozená vada nebo jiné dědičné onemocnění (vč. přenašečství)?  ano /  ne

– jaká: ..... u koho: .....

Screeningové vyšetření stanovuje rizika pouze specifických poruch vývoje plodu, ale nezaručuje 100% záchyt těchto vad: Negativní screening možnost postižení plodu nevylučuje, z pozitivního screeningu jednoznačně nevyplývá přítomnost vady plodu.

Byla jsem poučena o podstatě a účelu screeningu, s jeho provedením.....souhlasím / nesouhlasím\*

S provedením vyšetření PIGF v rámci výzkumu..... souhlasím / nesouhlasím\*

S uchováním séra pro anonymní výzkumné využití.....souhlasím / nesouhlasím\*

\*(nehodící se škrtněte)

Datum vyplnění:.....

Podpis těhotné:.....

Datum a čas přijetí vzorku (vyplní laboratoř): .....



## Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

### Laboratoře ÚBLG

Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol

Oddělení lékařské molekulární genetiky

Přednosta: Prof. MUDr. Milan Macek, DrSc.

<http://ublg.lf2.cuni.cz/>



### KLINICKÝ DOTAZNÍK PRO STANOVENÍ RIZIKA PREEKLAMPSIE - vyplní lékař (vyplnit pokud požadujete vyšetření PIGF)

předchozí preeklampsie:  ne  u těhotné  v rodině – u koho: .....

předchozí IVF:  ano /  ne – kolikrát a kdy: .....

Autoimunitní onemocnění:

ne  diabetes mellitus  sklerodermie  thyreopatie  artritida

Další onemocnění:

ne  chronická hypertenze  onemocnění ledvin  obezita  systémová onemocnění

Užívání látek:

dlouhodobá farmakoterapie:  ano /  ne – jaké léky: .....

alkohol:  ano /  ne – kolik, čeho: .....

jiné návykové látky:  ano /  ne – jaké: .....

**Předchozí gravidity:**

počet: ..... – poslední gravidita (datum): .....

vícečetné těhotenství:  ano /  ne

IUGR (růstová retardace plodu):  ano /  ne

SGA (small-for-gestational-age):  ano /  ne

gestační diabetes:  ano /  ne

HELLP syndrom:  ano /  ne

hydrops plodu:  ano /  ne

mola hydatidosa:  ano /  ne

triploidie:  ano /  ne

**Současná gravidita:**

gestační hypertenze:  ano /  ne

gestační diabetes mellitus:  ano /  ne

**Údaje o vyšetření:**

TK – levá paže: ..... / ..... – pravá paže: ..... / ..... datum měření: .....

PI – levá a.uterina: ..... – pravá a.uterina: ..... datum měření: .....

**Současná gravidita, klinický stav po 20. týdnu:**

zvýšený TK:  ano /  ne

bílkovina v moči:  ano /  ne

bolest hlavy:  ano /  ne

bolesti v nadbříšku:  ano /  ne

zvracení:  ano /  ne

snížená pohyblivost plodu:  ano /  ne

opožděný růst plodu:  ano /  ne