

Žádanka o prenatální screening vrožených vývojových vad

VYŠETŘOVANÁ OSOBA (těhotná)

Jméno:	Pohlaví: Ž / M
Č. pojištění:	Datum narození:
Pojišťovna:	Číslo chorobopisu: (těhotné vedené v ÚBLG FNM)
Adresa:	Kód diagnózy dle MKN:

Indikující lékař

Primární vzorek

(jméno, odbornost, IČP, adresa pracoviště, razítko, podpis)	<input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> jiné: Srážlivou krev (4-9 ml) odebrat do sterilních zkumavek s červeným uzávěrem a předat do laboratoře k separaci séra co nejdříve! Datum a čas indikace: _____ Datum a čas odběru: _____
---	--

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Odesláním žádanky potvrzuji, že je vyšetřovanou osobou podepsán IS (Prenatální screening nejčastějších chromozomových vad a některých dalších vývojových vad plodu), který je uložen v její dokumentaci nebo je přiložen k této žádance. IS je k dispozici na adrese <https://www.fnmotol.cz/ublg/dokumenty-ke-stazeni/>
 Těhotná souhlasí s: vyšetřením
 následným anonymním využitím materiálu k výzkumným účelům
 žádá o likvidaci vzorku po provedení vyšetření

POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ

- screening v I. trimestru (11+0 až 13+6, resp. CRL 45–79 mm) – PAPP-A, fβ-hCG, PIGF
 screening preeklampsie – při odběru nutno změřit TK na obou pažích!
 screening ve II. trimestru (15+0 až 17+6) – AFP, fβ-hCG

Přílohou žádanky je zpráva o UZ screeningu v I. trimestru, která obsahuje: datum vyšetření, počet plodů, u dvojčat chorionicitu, hodnoty CRL, NT, event. NB (u těhotenství zachycených v II. trimestru zpráva o UZ vyšetření s datací dle BPD).
 Kompletní přehled nabízených vyšetření viz <http://www.fnmotol.cz/ublg/prehled-poskytovanych-vysetreni/>.

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK (vyplní těhotná)

Etnický původ: evropský (kavkazský) / asijský / africký Diabetes na inzulínu: ano / ne
 Poslední menstruace (datum): výška: cm hmotnost: kg
 Kouření (v 8. –10. týdnu těhotenství): ano / ne – kolik / den
Těhotenství po IVF: ano / ne
 Darovaný oocyt: ano / ne – věk při odběru oocyту/datum odběru oocyту: let /.....
 Datum embryotransferu/inseminace:
 Interrupce z lékařské indikace: ano / ne – důvod:
 Jiné komplikace těhotenství:
 Vyskytuje se u vás / ve vaší rodině vrožená vada nebo jiné dědičné onemocnění (vč. přenašečství)?
 ano / ne jaká: u koho:

ZÁZNAMY LABORATOŘE ÚBLG

Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:	Vzorek/žádanku přijal(a):

VYŠETŘOVANÁ OSOBA (těhotná)		
Jméno:	Číslo pojištěnce:	
KLINICKÝ DOTAZNÍK		
Preeklampsie v osobní či rodinné anamnéze: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
<input type="checkbox"/> u těhotné <input type="checkbox"/> u matky těhotné <input type="checkbox"/> u dalších příbuzných v linii		
Předchozí IVF (se stimulací): <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne – kolikrát a kdy:		
Autoimunitní onemocnění: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
<input type="checkbox"/> diabetes mellitus <input type="checkbox"/> antifosfolipidový syndrom <input type="checkbox"/> thyreopatie <input type="checkbox"/> artritida <input type="checkbox"/> sklerodermie <input type="checkbox"/> jiné:		
Další onemocnění: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
<input type="checkbox"/> chronická hypertenze <input type="checkbox"/> onemocnění ledvin <input type="checkbox"/> obezita <input type="checkbox"/> systémová onemocnění		
Užívání léčiv/abúzus: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
dlouhodobá farmakoterapie:	<input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne	– jaké léky:
alkohol:	<input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne	– kolik, čeho:
jiné návykové látky:	<input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne	– jaké:
Předchozí gravidity: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
Datum poslední gravidity/porodu:	Počet gravidit přes 23. týden:	
Počet porodů mezi 16. a 30. týdnem:	Vícečetné těhotenství:	<input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne
Počet porodů mezi 31. a 37. týdnem:	Hydrops plodu:	<input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne
Počet porodů po 37. týdnu:	Mola hydatidosa:	<input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne
IUGR (růstová retardace plodu): <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne	Triploidie:	<input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne
SGA (malý plod na gestační stáří): <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne	Porod v týdnu	Porodní hmotnost: g
HELLP syndrom: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne	Diabetes:	<input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne
Současná gravidita:		
Gestační hypertenze: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
Těhotenství po ovariální stimulaci bez IVF: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
Gestační diabetes na dietě: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
Gestační diabetes na inzulinu: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
Diabetes typ 1, inzulin dependentní: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
Diabetes typ 2, inzulin dependentní: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
Diabetes typ 2, na dietě: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
Údaje o vyšetření (vyplní lékař/sestra):		
TK – levá paže: /	– pravá paže: /	datum měření:
PI – levá a.uterina:	– pravá a.uterina:	datum měření: