

## Žádanka o prenatální screening vrožených vývojových vad

### VYŠETŘOVANÁ OSOBA (těhotná)

Jméno:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Ž / <input type="checkbox"/> M
Č. pojištěnce:	Datum narození:
Pojišťovna:	Číslo chorobopisu: (těhotné vedené v ÚBLG FNM)
Trvalé bydliště:	Kód diagnózy dle MKN:

Kontaktní údaje (koresp. adresa, telefon, email...):

Indikující lékař	Primární vzorek				
(jméno, odbornost, IČP, adresa pracoviště, razítko, podpis)	<input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> jiný: <b>Srážlivou krev (4-9 ml) odebrat do sterilních zkumavek s červeným uzávěrem a předat do laboratoře k separaci séra co nejdříve!</b>				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Datum a čas indikace</th> <th style="width: 50%;">Datum a čas odběru</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Datum a čas indikace	Datum a čas odběru		
	Datum a čas indikace	Datum a čas odběru			
<b>Jmenovka a podpis odebírajícího</b>					

### 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 (oblast: ..... ) /  africký /  smíšený /  jiný  
 Poslední menstruace (datum): .....    výška: ..... cm    hmotnost: ..... kg  
 Kouření (v 8.-10. týdnu těhotenství):  ano /  ne    – kolik ..... / den    Diabetes na inzulínu:  ano /  ne  
**Těhotenství po IVF:**  ano /  ne  
 Darovaný oocyt:  ano /  ne    – věk při odběru oocyty/datum odběru oocyty: ..... let / .....  
 Datum oplození - inseminace: ..... nebo transferu – stáří embrya: .....  
 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: .....

<b>VYŠETŘOVANÁ OSOBA (těhotná)</b>		
<b>Jméno:</b>	<b>Číslo pojištění:</b>	
<b>KLINICKÝ DOTAZNÍK</b>		
<b>Preeklampsie v osobní či rodinné anamnéze:</b> <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: .....		
<b>Autoimunitní onemocnění:</b> <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
<input type="checkbox"/> systémový lupus erytematoses (SLE) <input type="checkbox"/> antifosfolipidový syndrom (APS) <input type="checkbox"/> thyreopatie <input type="checkbox"/> artritida <input type="checkbox"/> sklerodermie <input type="checkbox"/> jiné:		
<b>Další onemocnění:</b> <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		
<b>Užívání léčiv/abúzus:</b> <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: .....	
<b>Předchozí gravidity:</b> <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	
<b>Současná gravidita:</b>		
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 inzulínu: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
Diabetes typ 1, inzulín dependentní: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
Diabetes typ 2, inzulín dependentní: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
Diabetes typ 2, na dietě: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne		
<b>Údaje o vyšetření (vyplní lékař/sestra):</b>		
TK – levá paže: ..... / .....	– pravá paže: ..... / ..... datum měření:	
PI – levá a.uterina: .....	– pravá a.uterina: ..... datum měření:	
<b>Záznamy laboratoře ÚBLG</b>		
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:	Vzorek/žádanku přijal(a):	