

Žádanka o prenatální screening vrožených vývojových vad

VYŠETŘOVANÁ OSOBA (těhotná)

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

Kontaktní údaje (koresp. adresa, telefon, email) – **NUTNÉ** pro sdělení výsledků mimo FNM:

Indikující lékař	Primární vzorek				
(jméno, odbornost, IČP, adresa pracoviště, razítko, podpis)	<input type="checkbox"/> krev - Srážlivou krev (4-9 ml) odebrat do sterilní zkumavky s červeným uzávěrem a předat spolu s prázdnou, štítkem označenou zkumavkou s červeným uzávěrem do laboratoře k separaci séra co nejdříve!				
	<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: 30px;"></td> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table>	Datum a čas indikace	Datum a čas odběru		
	Datum a čas indikace	Datum a čas odběru			
Jmenovka a podpis odebírajícího					

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 u indikujícího lékaře. IS je k dispozici na internetových stránkách ÚBLG v záložce *Dokumenty ke stažení* (www.fnmotol.cz/ublg/dokumenty-ke-stazeni)

Těhotná souhlasí s: vyšetřením (vzorek bude po uplynutí skladovací lhůty automaticky zlikvidován)

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 (ideálně dvakrát) a/nebo UtA PI v rámci ultrazvukového vyšetření!
- 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).

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 užívání inzulínu: ano / ne

Těhotenství po ovariální stimulaci bez IVF: ano / ne

Těhotenství po IVF: ne / ano – zamražení vajíčka/embrya ano / ne

Darovaný oocyt /embryo: ano / ne – věk/datum při odběru oocytu (vlastní/dárkyně): let /.....

Datum transferu, stáří embrya: 5 dní / 3 dny

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:

VYŠETŘOVANÁ OSOBA (těhotná)	
Jméno:	Číslo pojištění:
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:	
Onemocnění těhotné: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> chronická hypertenze <input type="checkbox"/> systémový lupus erytematodes (SLE) <input type="checkbox"/> antifosfolipidový syndrom (APS)	
Diabetes mellitus = cukrovka: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> gestační = těhotenský <input type="checkbox"/> I. typu <input type="checkbox"/> II. typu <input type="checkbox"/> na dietě <input type="checkbox"/> na inzulinu	
Předchozí gravidity: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne	
Počet gravidit přes 23. týden:	
Vícečetné těhotenství: <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne	
Datum posledního porodu po 23. týdnu:	
Počet porodů mezi 16. a 30. týdnem:	
Počet porodů mezi 31. a 36. týdnem:	
Počet porodů ve 37. týdnu a později:	
Narození malého novorozence na gestační stáří (SGA): <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne	
Nejmenší porozené dítě vzhledem k týdnu porodu – týden+den porodu: porodní hmotnost:g	
Údaje o vyšetření (vyplní lékař/sestra):	
TK-1. – levá paže: /	– pravá paže: / datum měření:
TK-2. – levá paže: /	– pravá paže: /
PI – levá a.uterina:	– pravá a.uterina: datum měření:
Záznamy laboratoře ÚBLG	
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:	Vzorek/žádanku přijal(a):