

POUKAZ NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ – SCREENING DOWNOVA SYNDROMU

Imunoanalytická laboratoř, ÚKB FN Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba

tel.: 59 737 3428, Fax: 59 737 3442, e-mail: ial@fnspo.cz

Kód ZP	<input type="text"/>	IČZ	<input type="text"/>	Odbornost	<input type="text"/>
Jméno a příjmení	<input type="text"/>			Datum narození	<input type="text"/>
Číslo pojištěnce	<input type="text"/>			Základní diagnóza	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> I. TRIMESTR Požadovaná vyšetření: PAPP-A, fβHCG	<input type="checkbox"/> II. TRIMESTR Požadovaná vyšetření: HCG, AFP, uE3
Vyšetření UZ - NT	
Datum provedení	<input type="text"/>
CRL [mm]	<input type="text"/>
NT [mm] (v případě I. trimestru)	<input type="text"/>
Délka gravidity k datu UZ	týden <input type="text"/> den <input type="text"/>

← Vyznačte pro který trimestr je hodnocení rizika DS prováděno

Poslední menses	<input type="text"/>
Počet plodů	<input type="text"/>
Hmotnost matky [kg]	<input type="text"/>

Doplňující údaje:	Dřívější výskyt trisomie	ANO	NE
	Matka kouří	ANO	NE
	Stp. IVF	ANO	NE
	Adresa matky pro případnou korespondenci		
	Ulice a čp	<input type="text"/>	
	Obec	<input type="text"/>	
PSČ	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>		

Razítko a podpis lékaře	Datum odběru <input type="text"/>
-------------------------	--------------------------------------

Minimálně vyplňte údaje v silně orámovaných částech žádanky



POUKAZ NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ – SCREENING DOWNOVA SYNDROMU

Imunoanalytická laboratoř, ÚKB FN Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava Poruba

tel.: 59 737 3428, Fax: 59 737 3442, e-mail: ial@fnspo.cz

Kód ZP	<input type="text"/>	IČZ	<input type="text"/>	Odbornost	<input type="text"/>
Jméno a příjmení	<input type="text"/>			Datum narození	<input type="text"/>
Číslo pojištěnce	<input type="text"/>			Základní diagnóza	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> I. TRIMESTR Požadovaná vyšetření: PAPP-A, fβHCG	<input type="checkbox"/> II. TRIMESTR Požadovaná vyšetření: HCG, AFP, uE3
Vyšetření UZ - NT	
Datum provedení	<input type="text"/>
CRL [mm]	<input type="text"/>
NT [mm] (v případě I. trimestru)	<input type="text"/>
Délka gravidity k datu UZ	týden <input type="text"/> den <input type="text"/>

← Vyznačte pro který trimestr je hodnocení rizika DS prováděno

Poslední menses	<input type="text"/>
Počet plodů	<input type="text"/>
Hmotnost matky [kg]	<input type="text"/>

Doplňující údaje:	Dřívější výskyt trisomie	ANO	NE
	Matka kouří	ANO	NE
	Stp. IVF	ANO	NE
	Adresa matky pro případnou korespondenci		
	Ulice a čp	<input type="text"/>	
	Obec	<input type="text"/>	
PSČ	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>		

Razítko a podpis lékaře	Datum odběru <input type="text"/>
-------------------------	--------------------------------------

Minimálně vyplňte údaje v silně orámovaných částech žádanky