



Rodné číslo		Kód amb./odd.	Pečiatka a podpis lekára
Priezvisko		Číslo telef. gyn. ambulancie	
Meno	Titul	<b>Informovaný súhlas tehotnej</b> Bola som poučená o význame vyšetrení a s vyšetreniami súhlasím	
Dg. hlavná	Zdrav. poisť.	..... podpis tehotnej	

**Integrovaný prenatálny skrining (2. časť)**  
**II. trimester (15+0 - 16+0) - vyšetrenie AFP, hCG, uE3**  
**Žiadosť o výpočet rizika špeciálnym softvérom**

Anamnestické údaje

Výskyt Downovho syndrómu v predch. gravidite	NTD v predchádzajúcich graviditách		
<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 0 - nie		
<input type="checkbox"/> 1 - nededičný DS	<input type="checkbox"/> 1 - jeden		
<input type="checkbox"/> 2 - translokačná forma DS	<input type="checkbox"/> 2 - 2 a viac		
<input type="checkbox"/> 3 - etiológia neznáma	Diabetes mellitus	Gravidita po IVF	Fajčiarka
Vek matky v čase pôrodu dieťaťa s DS	<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 0 - nie
rokov	<input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 1 - áno

Dátum a čas odberu krvi	Hmotnosť matky	Posledná menštruácia
	kg	

Dátum UZV	CRL	Gestačný vek podľa UZV	Počet plodov
		Týždeň + deň	
Gestačný vek podľa UZV bol stanovený na základe merania			
<input type="checkbox"/> 1-BDP	<input type="checkbox"/> 4-viacerých biometrických parametrov(BPD,CRL,HC,FL - tzv. kompozitný vek plodu)		
<input type="checkbox"/> 2-BPD u jedného z dvojčiat	<input type="checkbox"/> 5-nie je známe		
<input type="checkbox"/> 3-BPD u oboch dvojčiat			

Ak bolo vykonané vyšetrenie NT, vyplňte túto tabuľku:

Dátum UZV	CRL	Počet plodov	NT(1)	NT (2-dvojča)
	mm		mm	mm
NT vyšetril				
MUDr. ....				

**Podmienky na vykonanie integrovaného prenatálneho skriningu**

- gravidná musí mať urobenú 1. časť integrovaného prenatálneho skriningu v našom laboratóriu
- úplne, čitateľne, presne a správne vyplnená žiadosť, vrátane informovaného súhlasu tehotnej (podpis tehotnej)
- vyšetrenie AFP, hCG a uE3 opt. v období 15+0 - 16+0 týždňa gravidity, ak sa odber urobí po 21. týždni, výsledky nie je možné interpretovať
- na vyšetrenie je potrebné odobrať vzorku 5ml venóznej krvi nalačno a doručiť do laboratória najneskôr do 4 hodín od odberu - vek plodu vo formáte týždeň + deň (pre výpočet rizika je uvedenie iba týždňa gravidity nedostatočné)

**Použité skratky:** NTD - neural tube defect, IVF - in vitro fertilisation, BPD - biparietal diameter, CRL - crown-rumj

**HC** - head circumference, **FL** - femur length, **UZV** - ultrazvukové vyšetrenie, **DS** - Downov syndróm, **NT** - nuchal translucency

Vyberte vždy jednu z možností a označte krížikom



Rodné číslo		Kód amb./odd.	Pečiatka a podpis lekára
Priezvisko		Číslo telef. gyn. ambulancie	
Meno	Titul	<b>Informovaný súhlas tehotnej</b> Bola som poučená o význame vyšetrení a s vyšetreniami súhlasím	
Dg. hlavná	Zdrav. poisť.	..... podpis tehotnej	

**Integrovaný prenatálny skrining (2. časť)**  
**II. trimester (15+0 - 16+0) - vyšetrenie AFP, hCG, uE3**  
**Žiadosť o výpočet rizika špeciálnym softvérom**

Anamnestické údaje

Výskyt Downovho syndrómu v predch. gravidite	NTD v predchádzajúcich graviditách		
<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 0 - nie		
<input type="checkbox"/> 1 - nededičný DS	<input type="checkbox"/> 1 - jeden		
<input type="checkbox"/> 2 - translokačná forma DS	<input type="checkbox"/> 2 - 2 a viac		
<input type="checkbox"/> 3 - etiológia neznáma	Diabetes mellitus	Gravidita po IVF	Fajčiarka
Vek matky v čase pôrodu dieťaťa s DS	<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 0 - nie	<input type="checkbox"/> 0 - nie
rokov	<input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 1 - áno

Dátum a čas odberu krvi	Hmotnosť matky	Posledná menštruácia
	kg	

Dátum UZV	CRL	Gestačný vek podľa UZV	Počet plodov
		Týždeň + deň	
Gestačný vek podľa UZV bol stanovený na základe merania			
<input type="checkbox"/> 1-BDP	<input type="checkbox"/> 4-viacerých biometrických parametrov(BPD,CRL,HC,FL - tzv. kompozitný vek plodu)		
<input type="checkbox"/> 2-BPD u jedného z dvojčiat	<input type="checkbox"/> 5-nie je známe		
<input type="checkbox"/> 3-BPD u oboch dvojčiat			

Ak bolo vykonané vyšetrenie NT, vyplňte túto tabuľku:

Dátum UZV	CRL	Počet plodov	NT(1)	NT (2-dvojča)
	mm		mm	mm
NT vyšetril				
MUDr. ....				

**Podmienky na vykonanie integrovaného prenatálneho skriningu**

- gravidná musí mať urobenú 1. časť integrovaného prenatálneho skriningu v našom laboratóriu
- úplne, čitateľne, presne a správne vyplnená žiadosť, vrátane informovaného súhlasu tehotnej (podpis tehotnej)
- vyšetrenie AFP, hCG a uE3 opt. v období 15+0 - 16+0 týždňa gravidity, ak sa odber urobí po 21. týždni, výsledky nie je možné interpretovať
- na vyšetrenie je potrebné odobrať vzorku 5ml venóznej krvi nalačno a doručiť do laboratória najneskôr do 4 hodín od odberu - vek plodu vo formáte týždeň + deň (pre výpočet rizika je uvedenie iba týždňa gravidity nedostatočné)

**Použité skratky:** NTD - neural tube defect, IVF - in vitro fertilisation, BPD - biparietal diameter, CRL - crown-rumj

**HC** - head circumference, **FL** - femur length, **UZV** - ultrazvukové vyšetrenie, **DS** - Downov syndróm, **NT** - nuchal translucency

Vyberte vždy jednu z možností a označte krížikom

