Adresa pracoviště:
Genetika Plzeň, s.r.o., Parková 1254/11a, 326 00 Plzeň
Telefon: +420 377 241 529, 603 174 793

Next Lab Genetika

SCREENING VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD

Odesílající lékař (razítko vč. IČZ):	Výška těhotné (cm):	Hmotnost těhotné (kg):
	Kontakt na těhotonou (tel.):*	
Jméno a příjmení těhotné:	Diagnóza:	
Číslo pojištěnce:		
Pojišťovna:	Datum odběru:	Čas odběru:

TYP TESTU

☐ **Screening I. trimestru** ☐ **Screening II. trimestru** ☐ **Integrovaný test**

Pozn. Při dostupnosti dat I. a II.trimestru je vždy vyhodnocení provedeno jako integrovaný screening

SCREENING I. trimestru

Jméno sonografisty:				
Datum USG:				
USG přístroj:				
PM:				
DM:				
Počet plodů:	Vícečetná gravidita: (chorionicita)	☐ **BI–BI**	☐ **MONO–BI**	☐ **MONO–MONO**
Kouření:	☐ **ANO**	☐ **NE**		
IVF/ICSI:	☐ **ANO**	☐ **NE**	Typ IVF:	
Parita:				
CRL 1:	**mm**	CRL 2:	**mm**	
NT 1:	**mm**	NT 2:	**mm**	
NB 1:	☐ **ANO**	☐ **NE**	☐ **NELZE**	NB 2: ☐ **ANO** ☐ **NE** ☐ **NELZE**
Dopplerometria art uterina PI:	**VPRAVO**		**VLEVO**	
TK:	**PHK**		**LHK**	
	PHK		**LHK**	
Hypertenze:	☐ **ANO**	☐ **NE**		
Preeklampsie (PET) v OA:	☐ **ANO**	☐ **NE**		
PET matka:	☐ **ANO**	☐ **NE**		
SLE:	☐ **ANO**	☐ **NE**		
APA sy:	☐ **ANO**	☐ **NE**		

SCREENING II. trimestru

Hmotnost těhotné (kg):
PM:
Délka těhotenství (týdny) dle PM:
Délka těhotens tví (týdny) dle USG:
Datum USG:
Datum náběru:
Počet plodů:
Diabetes mellitus: ☐ **ANO** ☐ **NE**

Zpracováno pro lékaře: ....

....

Poznámky:

USG Vyšetření:
CRL: 45–84 (11+3–13+6) dle Robinsona
Posun kaliperu: 0,1 mm
Sagitální řez – indiferentní postavení
Obraz hlavy plodu přes 3/4 obrazovky

*Telefonní číslo těhotné použijeme jen v případě pozitivního screeningu.

POZOR: Výsledek USG vyšetření zaslat na adresu: Genetika Plzeň, s.r.o., Parková 1254/11a, 326 00 Plzeň.
Výsledek screeningu zašleme do 3 dnů .