

Žádanka: Screening Downova syndromu

Ústav laboratorní diagnostiky - Oddělení klinické biochemie

17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava

tel. 59 737 4128, - 3428 mobil: 732 831 618

Číslo pojištěnce:		Kód ZP:	IČP:	Odbornost:	Telefon:	
Matka (příjmení, jméno, titul):				Laboratorní č., kód		
Dg. základní:		Datum a čas odběru:				
UZ - NT	Datum provedení UZ - NT:	CRL (mm):		Dřívější výskyt trisomie	ANO	NE
		NT (mm):		Matka kouří	ANO	NE
	Délka gravidity k datu UZ:	Počet plodů:	Hmotnost matky:	Stp.IVf	ANO	NE
	týden: den:		kg	Adresa matky pro případnou korespondenci		
Diagnostika Downova syndromu *)						
I. TRIMESTR			II. TRIMESTR			
FB-HCG	U/I	HCG	U/I			
PAPP-A	IU/I	AFP	µg/l			
Poznámky						
Lékař (razítko a podpis)						

* Zakřížkováním čtverečku vyznačte trimestr, ve kterém požadujete provést odpovídající vyšetření pro zhodnocení rizika Downova syndromu

Číslo pojištěnce:		Kód ZP:	IČP:	Odbornost:	Telefon:	
Matka (příjmení, jméno, titul):				Laboratorní č., kód		
Dg. základní:		Datum a čas odběru:				
UZ - NT	Datum provedení UZ - NT:	CRL (mm):		Dřívější výskyt trisomie	ANO	NE
		NT (mm):		Matka kouří	ANO	NE
	Délka gravidity k datu UZ:	Počet plodů:	Hmotnost matky:	Stp.IVf	ANO	NE
	týden: den:		kg	Adresa matky pro případnou korespondenci		
Diagnostika Downova syndromu *)						
I. TRIMESTR			II. TRIMESTR			
FB-HCG	U/I	HCG	U/I			
PAPP-A	IU/I	AFP	µg/l			
Poznámky						
Lékař (razítko a podpis)						

* Zakřížkováním čtverečku vyznačte trimestr, ve kterém požadujete provést odpovídající vyšetření pro zhodnocení rizika Downova syndromu