

Rodné číslo										Kód amb./odd.	Pečiatka a podpis lekára	
Priezvisko										Zdr. poisťovňa		
Meno					Titul					Informovaný súhlas tehotnej Bola som poučená o význame vyšetrení a s vyšetreniami súhlasím.		
Dg. hlavná		Dg. ostatné										
Z36.0									 podpis tehotnej		

Prenatálny biochemický skrining (triple test) II. trimester (14+0 - 15+6) – 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"/> 1 – nededičný DS	<input type="checkbox"/> 0 – nie	<input type="checkbox"/> 1 – jeden
<input type="checkbox"/> 2 – translokačná forma DS	<input type="checkbox"/> 3 – etiológia neznáma	<input type="checkbox"/> 2 – 2 a viac	<input type="checkbox"/> 2 – 2 a viac
Vek matky v čase pôrodu dieťaťa s DS		Gravidita po IVF	Fajčiarka
rokov		<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno
		Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno

Posledná menštruácia	Hmotnosť matky	Dátum a čas odberu krvi
	kg	

Počet plodov	Gestačný vek podľa UZV	Dátum UZV
	Týždeň: + deň	
Gestačný vek podľa UZV bol stanovený na základe merania		
<input type="checkbox"/> 1 - BPD	<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		

Podmienky na vykonanie prenatálneho biochemického skriningu

- úplne, čitateľne, presne a správne vyplnená žiadosť
- informovaný súhlas tehotnej (podpis tehotnej)
- vyšetrenie AFP, hCG a uE3 opt. v období 14+0 až 15+6 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)

Použitie skratky

NTD - neural tube defect, IVF - in vitro fertilisation, BPD - biparietal diameter, CRL - crown-rump length, HC - head circumference
FL - femur length, UZV - ultrazvukové vyšetrenie, DS - Downov syndróm

 Vyberte vždy jednu z možností a označte krížikom

Analytika a výsledky: (041-5110) 569, 570 Ostatné informácie: (041-5110) 571

© KLINICKÁ BIOCHÉMIA s. r. o., V. Spányola 43, 010 01 Žilina Tel (Fax): +421 41 7003 877 (878) e-mail: kbza@klinickabiochemia.sk

Rodné číslo										Kód amb./odd.	Pečiatka a podpis lekára	
Priezvisko										Zdr. poisťovňa		
Meno					Titul					Informovaný súhlas tehotnej Bola som poučená o význame vyšetrení a s vyšetreniami súhlasím.		
Dg. hlavná		Dg. ostatné										
Z36.0									 podpis tehotnej		

Prenatálny biochemický skrining (triple test) II. trimester (14+0 - 15+6) – 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"/> 1 – nededičný DS	<input type="checkbox"/> 0 – nie	<input type="checkbox"/> 1 – jeden
<input type="checkbox"/> 2 – translokačná forma DS	<input type="checkbox"/> 3 – etiológia neznáma	<input type="checkbox"/> 2 – 2 a viac	<input type="checkbox"/> 2 – 2 a viac
Vek matky v čase pôrodu dieťaťa s DS		Gravidita po IVF	Fajčiarka
rokov		<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno	<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno
		Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 0 - nie <input type="checkbox"/> 1 - áno

Posledná menštruácia	Hmotnosť matky	Dátum a čas odberu krvi
	kg	

Počet plodov	Gestačný vek podľa UZV	Dátum UZV
	Týždeň: + deň	
Gestačný vek podľa UZV bol stanovený na základe merania		
<input type="checkbox"/> 1 - BPD	<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		

Podmienky na vykonanie prenatálneho biochemického skriningu

- úplne, čitateľne, presne a správne vyplnená žiadosť
- informovaný súhlas tehotnej (podpis tehotnej)
- vyšetrenie AFP, hCG a uE3 opt. v období 14+0 až 15+6 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)

Použitie skratky

NTD - neural tube defect, IVF - in vitro fertilisation, BPD - biparietal diameter, CRL - crown-rump length, HC - head circumference
FL - femur length, UZV - ultrazvukové vyšetrenie, DS - Downov syndróm

 Vyberte vždy jednu z možností a označte krížikom

Analytika a výsledky: (041-5110) 569, 570 Ostatné informácie: (041-5110) 571

© KLINICKÁ BIOCHÉMIA s. r. o., V. Spányola 43, 010 01 Žilina Tel (Fax): +421 41 7003 877 (878) e-mail: kbza@klinickabiochemia.sk