

ŽÁDANKA

na screening vrožených vývojových vad
(ve II. trimestru těhotenství)

Imunodiagnostická laboratoř: U Lomu 638, 760 01 Zlín

Tel.: 577 220 738, 602 792 428

E-mail: valcikova@imalab.cz, www.imalab.cz

Svoz: 602 747 925, 606 737 100

Odběrová místa:

Tr. T. Bati 3705, Zlín (bud. polikliniky) - odběry: 6³⁰ - 14³⁰

Zahradní 973, Zlín-Malenovice - odběry: 7⁰⁰ - 11⁰⁰

Partyzánů 2174, Uh. Brod (bud. polikliniky) - odběry: 6³⁰ - 14³⁰

Pacient

Číslo pojištění:..... Pojišťovna:.....

Příjmení:..... Jméno:..... Diagnóza:.....

Vyšetření

Pro účely screeningu budou provedena stanovení **AFP, HCG a uE3**.

Datum narození	
Datum poslední menstruace	
Týden těhotenství dle poslední menstruace	
Datum provedení ultrazvuku	
Týden těhotenství dle ultrazvuku *	

váha	
předchozí AMC/ CVS – datum	
počet plodů	
datum odběru vzorku	

* Tento údaj uvádějte prosím vždy přesně k datu provedení ultrazvuku.

Nedopočítávejte k datu odběru. Dupočítání gestačního stáří si náš systém provede sám.

V případě nejasností kontaktujte prosím naši laboratoř.

Lékař

Lékař (razítko IČZ):..... **Odbornost:**.....

Datum a čas odběru: