

## SCREENING VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD

Odesílající lékař (razítko vč. IČZ):	Výška těhotné (cm):	Hmotnost těhotné (kg):
	Kontakt na těhotnou (tel.):*	
	Diagnóza:	
Jméno a příjmení těhotné:		
Číslo pojištění:		
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: <input type="checkbox"/> BI-BI <input type="checkbox"/> MONO-BI <input type="checkbox"/> MONO-MONO (chorionicita)
Kouření: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
IVF/ICSI: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Typ IVF:
Parita:	
CRL 1: mm	CRL 2: mm
NT 1: mm	NT 2: mm
NB 1: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NELZE	NB 2: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NELZE
Dopplerometria art. uterina PI:	VPRAVO VLEVO
TK:	PHK LHK
	PHK LHK
Hypertenze: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Preeklampsie (PET) v OA: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
PET matka: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
SLE: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
APA sy: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	

### SCREENING II. trimestru

Hmotnost těhotné (kg):
PM:
Délka těhotenství (týdny) dle PM:
Délka těhotenství (týdny) dle USG:
Datum USG:
Datum náběru:
Počet plodů:
Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

Zpracováno pro lékaře: .....

#### Poznámky:

**USG Vyšetření:**  
CRL: 45-84 (11+3-13+6) dle Robinsona  
Posun kaliperu: 0,1 mm  
Sagitální řez - indifferntní 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.

Genetika Plzeň, s.r.o.

Parková 1254/11a, 326 00 Plzeň  
Telefon: +420 377 241 529, 603 174 793

Genetika Plzeň

www.genetika-plzen.cz