

**NIPT (NEINVAZIVNÍ TESTOVÁNÍ CHROMOZOMÁLNÍCH ABERACÍ PLODU Z KRVE TĚHOTNÉ)**

INFORMACE O TĚHOTNÉ		ANAMNÉZA	
Jméno a příjmení:		Gravida:	
Číslo pojištění:		Para:	
Datum narození:		Poslední porod/potrat datum:	
Adresa:		SAB počet:	
Pojišťovna:		UPT počet:	
		Mola počet:	
Věk:	let	GEU počet:	
Váha:	kg	Chromozomální aberace v předchozích graviditách:	<input type="checkbox"/> ANO Typ aberace:
Výška:	cm		<input type="checkbox"/> NE
BMI	kg/m <sup>2</sup>	Genetické aberace v RA:	<input type="checkbox"/> ANO Typ aberace:
			<input type="checkbox"/> NE
		Genetické aberace v OA:	<input type="checkbox"/> ANO Typ aberace:
			<input type="checkbox"/> NE
SOUČASNÁ GRAVIDITA		USG	
PM:		Datum provedení:	
Termín porodu dle PM:		Počet plodů:	
Termín porodu dle USG:		Chorionicita:	<input type="checkbox"/> BB <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> MM
Těhotenství po IVF:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	CRL:	mm
		NT:	mm
Darované vajíčko:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Sonoanatomie:	<input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Abnormální
		NB, DV, TR:	patologie <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
SCREENING		ODBĚR VZORKU	
Proveden:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Datum/čas:	
Screening v I. trim:	<input type="checkbox"/> Kombinovaný <input type="checkbox"/> Biochemický	Gestační stáří dle USG:	
Screening ve II. trim:	<input type="checkbox"/> Triple test <input type="checkbox"/> Integrovaný	Primární vzorek:	<i>periferní krev</i>
Riziko:	Trizomie 21 1/	Trizomie 13 1/	Trizomie 18 1/
Indikace: <input type="checkbox"/> vyšší věk těhotné <input type="checkbox"/> pozitivní screening <input type="checkbox"/> USG nález plodu <input type="checkbox"/> pozitivní RA <input type="checkbox"/> ostatní			
Identifikace odesílajícího lékaře/zařízení:		Podpis a razítko:	Dne:

Informovaný souhlas, podrobnosti o vyšetření a další náležitosti jsou součástí konzultace s klinickým genetikem.