

LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Magzati kockázat vizsgálatok

Név:	Beküldő neve:
TAJ/ID:	Orvos pecsét száma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Születési dátum:	Orvos neve:
Lakcím:	Orvos tel.:
Anyja neve:	Beutaló kelte:
Iránydiagnózis (BNO):	Mintavétel dátuma:

VÁRANDÓS ADATAI			
Testsúly (kg)			
Dohányzás	<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>
Cukorbetegség	<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>
Jelen terhesség IVF-ből származik?	<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>
Jelenlegi IVF dátuma (év/hó/nap)			
Magzatok száma			
Etnikai hovatartozás	<input type="checkbox"/>	kaukázusi	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ázsiai	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	feke	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ismeretlen	<input type="checkbox"/>
Petesejt donáció esetén a donor anya születési dátuma (év/hó/nap)			

12. HETI ULTRAHANG ADATAI			
Magzat kora az ultrahangos vizsgálat napján (hét/nap)			
Ultrahangos vizsgálat dátuma (év/hó/nap)			
NT (tarkóredő) (mm)			
CRL (ülőmagasság) (mm)			
BPD (fejátmérő) (mm)			
Magzatok száma			
Orrcsont látható	<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>
Korábbi terhességben 21-es triszómia	<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>
Ultrahangos vizsgálatot végezte:			

LABORATÓRIUMI VIZSGÁLAT

12. heti kockázatelemzés (első trimeszteri szűrés), szabad-béta-hCG, PAPP-A méréssel	S
--	----------

Mintavételi cső: **S** (sárga kupakos natív cső)

A vizsgálatok három, vagy annál több magzat esetén nem végezhetők el.

Kérjük a vizsgálatkérő lap minden rovatát megfelelően és olvashatóan kitölteni!