



Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
www.ousa.sk

ŽIADANKA NA LABORATÓRNE VYŠETRENIA

Oddelenie imunodiagnostiky

Prenatálny skrining vrodených vývojových chýb

L/ID-1-1

Rodné číslo:	<input type="text"/>	Samoplatca:	<input type="checkbox"/>	Adresa fakturácie:	<input type="text"/>
Priezvisko:	<input type="text"/>	IČO:	<input type="text"/>	DIČ:	<input type="text"/>
Meno:	<input type="text"/>	Kód PZS odosielajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Muž: <input type="checkbox"/> Žena: <input type="checkbox"/> Email: *	<input type="text"/>	Kód odosielajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Tel. číslo: *	<input type="text"/>	Tel. číslo/Email: *	<input type="text"/>		
Kód ZP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EÚ poistenec: <input type="checkbox"/> Kód krajiny EÚ: <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	Kód PZS odporúčajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu:	<input type="text"/>	Kód odporúčajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Poznámka: EÚ poistenci priložiť kópiu preukazu poistenca.					
Základná diagnóza:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poznámka lekára:	<input type="text"/>		
Iné diagnózy:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pečiatka a podpis lekára:	<input type="text"/>		
Dátum odberu:	<input type="text"/>	Čas odberu:	<input type="text"/>		
Dátum prijmu:	<input type="text"/>	Čas prijmu:	<input type="text"/>		
Dátum vystavenia žiadanky:	<input type="text"/>	* Nepovinný údaj			

Informácie o predchádzajúcej gravidite:

Trizómia 21 (DS): Áno Nie Diabetes: Áno Nie
Trizómia 18/13 (EPS): Áno Nie Fajčenie: Áno Nie
NTD: Áno Nie Hmotnosť matky (kg):

Informácie o plode:

Posledná menštruácia:
Dátum UZV:
Gestačný vek podľa UZV: týždeň + deň platný pre deň merania UZV
IVF: Áno Nie
Počet plodov:
CRL (mm): / v prípade gemini za lomítkom doplniť druhý údaj
BPD (mm): / v prípade gemini za lomítkom doplniť druhý údaj
NT (mm): / v prípade gemini za lomítkom doplniť druhý údaj
NB: Áno Nie Nemeraná

Biochemické parametre:

I. trimester: PAPP-A
10+0 až 13+6
Tehotenský týždeň free β HCG

II. trimester: AFP
14+0 až 19+6
Tehotenský týždeň HCG
 uE3

Doplňujúce vyšetrenia, poznámky:

Protokol screeningu:

1. Pri prvej návšteve prenatálnej poradne je matka informovaná o možnosti screeningu vrodených vývojových väd.
2. V období 10+0. - 13+6. týždňa (ideálne 10+0 až 11+3) sa odporúča realizovať odber krvi na PAPP-A a free B HCG.
Zároveň je zameraná nuchálna translucencia NT a zistená prítomnosť nosovej kosti (NB) plodu.
3. V 14+0. - 15+6. týždni tehotenstva je odporúčané vyšetrenie alfafetoproteínu (AFP) a choriového gonadotropínu (HCG). V krvi matky s Downovým syndrómom je typicky znížený AFP a zvýšený HCG.

K výpočtu rizika sa používa ALPHA program a sú zakalkulované nasledovné známe výsledky: PAPP-A; NT (prípadne CRL, BPD); NB; AFP; HCG. Vyšetrenie ďalšieho markera - voľného estriolu uE3 môže odhaliť riziko niektorých vzácných väd (Smithov-Lemli-Opitzov syndróm, Edwardsov syndróm).

Pozitívny screening neznamená 100 % poškodenie plodu.

Typ odberového materiálu:

sérum (štandardná biochemická skúmavka s gélom)