






Povinné údaje

Jméno a příjmení:		Číslo pacientky/vzorku:	
Číslo pojištěnce/datum narození:		Adresa pacientky + telefonní číslo:	
Kód pojišťovny:	Základní diagnóza:		
Váha:	kg	Výška:	cm
 TRISOMYtest Trisomie 13, 18, 21 + pohlaví plodu		Důvod vyšetření:	
 TRISOMYtest XY Trisomie 13, 18, 21 + pohlaví plodu + aneuploidie pohlavních chromozomů			
 TRISOMYtest+ Trisomie 13, 18, 21 + pohlaví plodu + aneuploidie pohlavních chromozomů + vybrané mikrodelece			

Anamnéza:		Současná gravidita			
Předchozí gravidita (rok):		První den poslední menstruace (d/m/r):			
		ANO	NE	Datum UZ:	
Historie preeklampsie: poznámka:					
Předchozí gravidita s chromozomovou odchylkou: poznámka:		Gestační věk při UZ:		týden	den
Pozitivní rodinná anamnéza genetického onemocnění: poznámka:		Termín porodu:			
Prokázané nosičství genetické aberace: poznámka:		Počet plodů:	Chorioncita/ amnioncita:	DCDA	MCDA MCMA
V posledních 6 měsících prodělaná terapie: (transfúze krve, imunoterapie, terapie kmenovými buňkami, transplantace, radiační terapie)		Syndrom mizejícího dvojčete:		ANO	NE
Léčba LMWH:		Těhotenství z IVF:			
Krevní skupina:	Rh faktor:	Darované vajíčko:			
Prenatální screening:					
Nosní kost (NB) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	NT (mm):	Riziko T21 1/	Riziko T18 1/	Riziko T13 1/	
Z testu: <input type="checkbox"/> komb.test I.trim <input type="checkbox"/> pouze UZ v I.trim <input type="checkbox"/> jen bioch. v I.trim <input type="checkbox"/> triple test <input type="checkbox"/> integrovaný test <input type="checkbox"/> žádný					

Odběr vzorku:		
Datum a čas odběru:	Odběr provedl:	V gestačním stáří: týden den
Materiál k vyšetření: <input type="checkbox"/> žilní krev zkumavka EDTA (doručit do 36h/4°C) <input type="checkbox"/> žilní krev zkumavka Streck Cell Free DNA BCT® <small>(pozn: odebrat 10 ml krve = 1 plná zkumavka; Streck zkumavky doručit při pokojové teplotě do 7 dní)</small>	Datum a čas přijetí do laboratoře: Vzorek přijal:	
Jméno, razítko a podpis žadatele o vyšetření:	Odbornost:	IČP:
	Adresa:	
	Telefon:	
	e-mail:	

Žádku nelze přijmout bez INFORMOVANÉHO SOUHLASU pacientky! Vyšetření musí být indikováno a interpretováno klinickým genetikem!