



Žádanka: screening vrozených vývojových vad

Krevní centrum s. r. o.

T. G. Masaryka 495, 738 01 Frýdek-Místek

Tel.: 558 605 002

e-mail: info@krevnicentrum.cz, <http://www.krevnicentrum.cz>

Příjmení:

Jméno:

Pojišťovna:

Rodné číslo:

PM:

Hmotnost:

kg

Datum UZ:

Týden těhotenství:

Počet plodů:

Gestační věk dle UZ:

CRL:

mm

BPD:

mm

NT:

mm

NB:

mm

Vyšetření 1. trimestr

Vyšetření 2. trimestr

PAPP-A

AFP

free- β hCG

β hCG

PIGF

TSH

Vyšetření rizika preeklampsie:

PIGF

sFlt-1

Poměr PIGF/ sFlt-1

Datum a čas odběru:

Razítko a podpis lékaře:



Žádanka: screening vrozených vývojových vad

Krevní centrum s. r. o.

T. G. Masaryka 495, 738 01 Frýdek-Místek

Tel.: 558 605 002

e-mail: info@krevnicentrum.cz, <http://www.krevnicentrum.cz>

Příjmení:

Jméno:

Pojišťovna:

Rodné číslo:

PM:

Hmotnost:

kg

Datum UZ:

Týden těhotenství:

Počet plodů:

Gestační věk dle UZ:

CRL:

mm

BPD:

mm

NT:

mm

NB:

mm

Vyšetření 1. trimestr

Vyšetření 2. trimestr

PAPP-A

AFP

free- β hCG

β hCG

PIGF

TSH

Vyšetření rizika preeklampsie:

PIGF

sFlt-1

Poměr PIGF/ sFlt-1

Datum a čas odběru:

Razítko a podpis lékaře:



Žádanka: screening vrozených vývojových vad

Krevní centrum s. r. o.

T. G. Masaryka 495, 738 01 Frýdek-Místek

Tel.: 558 605 002

e-mail: info@krevnicentrum.cz, <http://www.krevnicentrum.cz>

Příjmení:

Jméno:

Pojišťovna:

Rodné číslo:

PM:

Hmotnost:

kg

Datum UZ:

Týden těhotenství:

Počet plodů:

Gestační věk dle UZ:

CRL:

mm

BPD:

mm

NT:

mm

NB:

mm

Vyšetření 1. trimestr

Vyšetření 2. trimestr

PAPP-A

AFP

free- β hCG

β hCG

PIGF

TSH

Vyšetření rizika preeklampsie:

PIGF

sFlt-1

Poměr PIGF/ sFlt-1

Datum a čas odběru:

Razítko a podpis lékaře:



Žádanka: screening vrozených vývojových vad

Krevní centrum s. r. o.

T. G. Masaryka 495, 738 01 Frýdek-Místek

Tel.: 558 605 002

e-mail: info@krevnicentrum.cz, <http://www.krevnicentrum.cz>

Příjmení:

Jméno:

Pojišťovna:

Rodné číslo:

PM:

Hmotnost:

kg

Datum UZ:

Týden těhotenství:

Počet plodů:

Gestační věk dle UZ:

CRL:

mm

BPD:

mm

NT:

mm

NB:

mm

Vyšetření 1. trimestr

Vyšetření 2. trimestr

PAPP-A

AFP

free- β hCG

β hCG

PIGF

TSH

Vyšetření rizika preeklampsie:

PIGF

sFlt-1

Poměr PIGF/ sFlt-1

Datum a čas odběru:

Razítko a podpis lékaře: