

PRENATÁLNY SKRÍNING - 1. trimester	
VYŠETRENIE PAPP-A	
Priezvisko:	
Meno:	
Rodné číslo:	<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"/>
Poist'ovňa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dg. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dátum odberu:	
Hmotnosť matky:	Dátum PM:
Počet plodov:	
Požadované vyšetrenia v 1. trimestri	poznámka:
PAPP-A	
Fajčenie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Diabetes	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
T21 v predchádzajúcom tehotenstve	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
NTD v predchádzajúcom tehotenstve	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Dátum USG vyšetrenia:
CRL (v mm) podľa USG:
Gestačný týždeň podľa USG: (uved'te týždeň + deň)
NT (v mm):
Meno a pečiatka odosielajúceho lekára

PRENATÁLNY SKRÍNING - 1. trimester	
VYŠETRENIE PAPP-A	
Priezvisko:	
Meno:	
Rodné číslo:	<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"/>
Poist'ovňa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dg. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dátum odberu:	
Hmotnosť matky:	Dátum PM:
Počet plodov:	
Požadované vyšetrenia v 1. trimestri	poznámka:
PAPP-A	
Fajčenie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Diabetes	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
T21 v predchádzajúcom tehotenstve	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
NTD v predchádzajúcom tehotenstve	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Dátum USG vyšetrenia:
CRL (v mm) podľa USG:
Gestačný týždeň podľa USG: (uved'te týždeň + deň)
NT (v mm):
Meno a pečiatka odosielajúceho lekára