



ŽIADANKA

**PRENATÁLNY SKRÍNING VRODENÝCH CHÝB**

Príjem 5 ml zrazenej krvi (2 ml séra)

Vyšetrenie optimálne v 15 - 20 týždni gravidity

IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE O MATKE							
Meno				Priezvisko			
RČ				Poistovňa			
Bydlisko					PSČ		
Posledná menštruácia				Hmotnosť matky			
Dátum UZ vyšetrenia				Dátum odberu		Počet plodov	
Dĺžka pri UZ vyšetrení				Týždeň		+ deň	
Odhad dĺžky podľa:							
CRL		mm		BPD		mm	
Integrovaný test:	áno	nie					
Poznámky o priebehu gravidity (viac plodová gravidita, diabetes matky, ab imm., pozitívna anamnéza atď.):							
ODOSIELAJÚCI LEKÁR							
Meno a priezvisko							
Adresa					PSČ		

**Odoslať na adresu:**

Skríningové centrum novorodencov SR  
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou B. Bystrica  
Nám. L. Svobodu 4  
974 09 Banská Bystrica

Tel./fax: 048 - 472 65 47, 0918 696 968  
e-mail: scn@dfnbb.sk