PRENATÁLNY SKRÍNING - 1. trimester

VYŠETRENIE PAPP-A

SKRÍNINGOVÉ CENTRUM NOVORODENCOV SR
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou BB
Námestie L. Svobodu 4
974 09 Banská Bystrica
tel. / fax. : 048/ 472 65 47, tel : 048/472 65 85
e-mail: scn@dfnbb.sk

BANSKÁ BYSTRICA
DETSKÁ NEMOCNICA
Fakultná nemocnica s poliklinikou

Priezvisko:	
Meno:	
Rodné číslo:	☐☐☐☐☐☐ / ☐☐☐☐
Poisťovňa	☐☐ - ☐☐ **Dg.** ☐☐☐.☐
Dátum odberu:	

Hmotnosť matky: **Dátum PM:**	**Dátum USG vyšetrenia:**
Počet plodov:	**CRL (v mm) podľa USG:**
Požadované vyšetrenia v 1. trimestri **PAPP-A**	**poznámka:**
Fajčenie ☐ áno ☐ nie	**Gestačný týždeň podľa USG:** **(uveďte týždeň + deň)**
Diabetes ☐ áno ☐ nie	**NT (v mm):**
T21 v predchádzajúcom tehotenstve ☐ áno ☐ nie	Meno a pečiatka odosielajúceho lekára
NTD v predchádzajúcom tehotenstve ☐ áno ☐ nie	

PRENATÁLNY SKRÍNING - 1. trimester

VYŠETRENIE PAPP-A

SKRÍNINGOVÉ CENTRUM NOVORODENCOV SR
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou BB
Námestie L. Svobodu 4
974 09 Banská Bystrica
tel. / fax. : 048/ 472 65 47, tel : 048/472 65 85
e-mail: scn@dfnbb.sk

BANSKÁ BYSTRICA
DETSKÁ NEMOCNICA
Fakultná nemocnica s poliklinikou

Priezvisko:	
Meno:	
Rodné číslo:	☐☐☐☐☐☐ / ☐☐☐☐
Poisťovňa	☐☐ - ☐☐ **Dg.** ☐☐☐.☐
Dátum odberu:	

Hmotnosť matky: **Dátum PM:**	**Dátum USG vyšetrenia:**
Počet plodov:	**CRL (v mm) podľa USG:**
Požadované vyšetrenia v 1. trimestri **PAPP-A**	**poznámka:**
Fajčenie ☐ áno ☐ nie	**Gestačný týždeň podľa USG:** **(uveďte týždeň + deň)**
Diabetes ☐ áno ☐ nie	**NT (v mm):**
T21 v predchádzajúcom tehotenstve ☐ áno ☐ nie	Meno a pečiatka odosielajúceho lekára
NTD v predchádzajúcom tehotenstve ☐ áno ☐ nie	