

SCREENING VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD V I. TRIMESTRU

ID:		Datum a čas odběru:
Datum narození:		
Příjmení:		
Jméno:		
DG:	ZP:	
Hmotnost (kg):		Lékař (IČP, podpis):
Kouření:	ANO NE	
Diabetes:	ANO NE	
Rasa:	kavkazská ☐ asijská ☐ africká ☐ neznámá ☐	
IVF těhotenství:	ANO NE	
Trisomie 21 v přechozí graviditě:		Přijal:
ANO NE		
Datum a čas příjmu:		
Počet plodů:		
Gestační věk v den odběru:	týden den	
CRL v den UZ:	NT v den UZ:	Laboratorní číslo:
FBHCG (IU/L)	Číslo zprávy:	
PAPP-A (IU/L)		

F-ZVVI-24-01

SCREENING VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD V I. TRIMESTRU

ID:		Datum a čas odběru:
Datum narození:		
Příjmení:		
Jméno:		
DG:	ZP:	
Hmotnost (kg):		Lékař (IČP, podpis):
Kouření:	ANO NE	
Diabetes:	ANO NE	
Rasa:	kavkazská ☐ asijská ☐ africká ☐ neznámá ☐	
IVF těhotenství:	ANO NE	
Trisomie 21 v přechozí graviditě:		Přijal:
ANO NE		
Datum a čas příjmu:		
Počet plodů:		
Gestační věk v den odběru:	týden den	
CRL v den UZ:	NT v den UZ:	Laboratorní číslo:
FBHCG (IU/L)	Číslo zprávy:	
PAPP-A (IU/L)		

F-ZVVI-24-01