

**ŽÁDANKA NA PRENATÁLNÍ VYŠETŘENÍ II. TRIMESTRU ALPHA**

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                   |                                         |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|
| <b>ODDĚLENÍ KLINICKÉ BIOCHEMIE</b><br><b>Litomyšlská nemocnice, J.E. Purkyně 652, PSČ: 570 14</b><br><b>Tel: 461 655 451, fax: 461 655 455</b> |                                                                                                                                                                                   |                                         |                      |
| <b>Odesílající lékař + IČZ + tel.č. (razítko)</b>                                                                                              |                                                                                                                                                                                   |                                         |                      |
| <b>PŘÍJMENÍ A JMÉNO:</b>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |                                         |                      |
| <b>RODNÉ ČÍSLO:</b>                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   | <b>POJIŠŤOVNA:</b>                      |                      |
| <b>DATUM NAROZENÍ:</b>                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |                                         |                      |
| <b>DIAGNÓZA:</b>                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                   | <b>PM: (poslední menstruace)</b>        |                      |
| <b>DATUM POSLEDNÍHO ULTRAZVUKU(UZ):</b>                                                                                                        |                                                                                                                                                                                   |                                         |                      |
| <b>DÉLKA TĚHOT. PŘI UZ VYŠETŘENÍ:</b>                                                                                                          |                                                                                                                                                                                   | <b>TÝDEN:</b>                           | <b>DEN:</b>          |
| <b>POČET PLODŮ:</b>                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   |                                         |                      |
| <b>MĚŘENÝ ROZMĚR:</b>                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                   | <b>BPD</b>                              | <b>CRL</b>           |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                   | <b>JINÝ</b>                             |                      |
| <b>HMOTNOST:</b>                                                                                                                               | <b>POZNÁMKY O PRŮBĚHU GRAVIDITY (vrozené vady v rodině , diabetes, abortus IMM (krvácení v graviditě), růstové retardace, kouření, hepatopatie, epilepsie, virový infekť atd.</b> |                                         |                      |
| <b>AFP:</b>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   | <b>HCG+β:</b>                           | <b>Free ESTRÍOL:</b> |
| <b>DATUM A ČAS ODBĚRU:</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                   | <b>PODPIS A RAZÍTKO ODB. PRACOVNÍKA</b> |                      |