

Nosūtījums uz grūtnieču skrīningu I trimestrī

FMF sertificēta SsdwLab programma

Pacientes uzvārds _____ vārds _____

Pacientes adrese _____

Personas kods _____ - _____

Ārsta vārds, uzvārds _____

Ārsta adrese _____ tālrunis _____

Samaksas veids NVD MAKSAS APDROŠINĀŠANA

Grūtniecības laiks

USN datums ____/____/____

Izmēri: CRL mērījums: _____ mm Nuchal Translucency biezums _____, _____ mm

Deguna kauls: _____ mm

Iespējamais grūtniecības laiks izmeklēšanas dienā ned. _____ dienas _____ Augļu skaits _____

USN speciālists _____

Pēdējo mēnešreizu pirmās dienas datums ____/____/____ cikla garums _____ dienas

Nepieciešamās analīzes

FMF Pirmā trim. skrīnings (līdz 1 ned. 6 d.) brīvais β-HCG, PAPP-A

Asins parauga paņemšanas datums : ____/____/____

Bioķīmisko rādītāju korekcijas faktori:

Mātes svars/augums asins parauga paņemšanas dienā _____ kg _____ augums/cm

Smēķē/ cigaretes dienā _____ Jā Nē

Rase Baltā Nē

Cita _____

Insulīna atkarīgais diabēts (I tipa) Jā Nē

IVF grūtniecība Jā Nē

Iepriekšējā anamnēze:

Dauna sindroms (Trisomija 21) Jā Nē

Edvardsa sindroms (Trisomija 18) Jā Nē

Vai agrāk bijušas amniocentēzes Jā Nē

Papildus informācija:

Tēva vecums _____ gadi

Tēva rase Baltā _____ Cita _____