

Pojišťovna:	Diagnózy:		IČZ / odbornost:
Číslo pojištěnce:			Datum / čas odb.:
Příjmení:	Jméno:		Výška / hmotnost:
Bydliště:		Telefon:	
Transfuzní laboratoř	screening vrožených vývojových vad		Anamnéza:
<input type="radio"/> Krevní obraz	<input type="radio"/> PIGF	Datum narození matky:	
<input type="radio"/> Diferenciál	<input type="radio"/> sFlt1	Hmotnost:	
<input type="radio"/> Krevní skupina + Rh faktor	<input type="radio"/> Preeklampsie sFIT1, PIGF	Datum poslední menstruace:	
<input type="radio"/> Podskupina	1. trimestr	Týden těhotenství:	
<input type="radio"/> Rh fenotyp	<input type="radio"/> PAPP-A	Datum provedení UZ:	
<input type="radio"/> Screen. protilátek	<input type="radio"/> Beta HCG volný	CRL:	mm
Infekční sérologie	2. trimestr	NT:	mm
<input type="radio"/> a-HIV+p24Ag	<input type="radio"/> AFP	BPD:	mm
<input type="radio"/> RPR (syfilis - nespecifické protilátky)	<input type="radio"/> HCG celkový	Gestační věk dle UZ:	
<input type="radio"/> TPHA (syfilis - specifické protilátky)	<input type="radio"/> Estriol volný	Počet plodů:	
<input type="radio"/> HBsAg	Další vyšetření	IVF:	ano - ne
<input type="radio"/> a-HBc	<input type="radio"/> Glukóza	Vysvětlivky k odběrům: <input checked="" type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> srážlivá krev <input type="checkbox"/> NaF	
<input type="radio"/> a-HCV	<input type="radio"/> oGTT pro těhotné		
<input type="radio"/> Toxoplasma gondii IgM,IgG	<input type="radio"/> HCG		
<input type="radio"/> a-Rubeola v. IgG, IgM	<input type="radio"/> AMH		
<input type="radio"/> a-CMV IgG, IgM	<input type="radio"/> Žlučové kyseliny		
<input type="radio"/> a-HSV1,2 pool IgM, IgG			
<input type="radio"/> Chlamydia Trachomatis PCR (moč nebo stěr)		Razítko a podpis lékaře	