



biochemie  
hematologie  
cytogenetika  
imunochemie  
flowcytometrie  
molekulární biologie

# ŽÁDANKA

na screening vrozeých vývojových vad a rizika preeklampsie  
(ve II. trimestru těhotenství)

**Odběrová místa:**

Tř. T. Bati 3705, Zlín (bud. polikliniky) - odběry: 6<sup>30</sup> - 14<sup>30</sup>

Zahradní 973, Zlín-Malenovice - odběry: 6<sup>30</sup> - 11<sup>00</sup>

Masarykovo nám. 1325, Vizovice - odběry: 6<sup>00</sup> - 10<sup>30</sup>

Partyzánů 2174, Uh. Brod (bud. polikliniky) - odběry: 6<sup>30</sup> - 14<sup>30</sup>

Vodní 13, Uherské Hradiště (bud. polikliniky) - odběry: 6<sup>30</sup> - 13<sup>00</sup>



M 8147

Seznam akreditovaných  
metod naleznete  
na [www.imalab.cz](http://www.imalab.cz)

**Imunoanalytická laboratoř:** U Lomu 638, 760 01 Zlín

Tel.: 577 220 738, 602 792 428

E-mail: [dolinova@imalab.cz](mailto:dolinova@imalab.cz), [www.imalab.cz](http://www.imalab.cz)

**Svoz:** 602 747 925, 606 737 100

**Číslo pojištění:** ..... **Pojišťovna:** ..... **Pohlaví:**  Muž  Žena

**Příjmení:** ..... **Jméno:** ..... **Diagnóza:** .....

**Kontakt na pacienta a klinické informace o pacientovi:** .....

## Vyšetření

Pro účely screeningu budou provedena stanovení **AFP, HCG a uE3**.

- Dále žádáme provedení stanovení Inhibinu A.** Toto vyšetření zvyšuje senzitivitu screeningu Downova syndromu a využívá se při výpočtu rizika preeklampsie přímo v programu ALPHA. Toto vyšetření není hrazeno ze zdravotního pojištění. Jeho provedení si hradí pacientka.

Datum narození	
Datum poslední menstruace	
Týden těhotenství dle poslední menstruace	
Datum provedení ultrazvuku	
Týden těhotenství dle ultrazvuku *	
UZ markery měřené v 1. trimestru pro účely integrace výsledků:	CRL (mm): NB - nasal bone:
	NT -nuchal translucency: Ductus Venosus:
váha	
předchozí AMC/CVS –datum	
počet plodů	
datum odběru vzorku	

\* Tento údaj uvádějte prosím vždy přesně k datu provedení ultrazvuku. Nedopočítávejte k datu odběru. Dopočítání gestačního stáří si náš systém provede sám. V případě nejasností kontaktujte prosím naši laboratoř.

- Samostatné stanovení rizika preeklampsie**  
Pro účely samotného výpočtu rizika preeklampsie žádám o **provedení vyšetření PIGF a sFlt-1**. Tato vyšetření nejsou hrazena ze zdravotního pojištění. Jejich provedení si hradí pacientka. (Tato vyšetření je možno provést od dokončeného 10. týdne těhotenství až do porodu.)

**Lékař**

**Lékař (razítko IČZ):** ..... **Odbornost:** .....

**Datum a čas odběru:** .....