



biochemie  
hematologie  
cytogenetika  
imunochemie  
flowcytometrie  
molekulární biologie



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

# ŽÁDANKA

na screening vrozeňých 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>00</sup>

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

Číslo pojistěnce: ..... Pojišťovna: ..... Pohlaví:  Muž  Žena

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

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

Druh primárního vzorku: krev, odběr krve

**Vyšetření**

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

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: .....