

Név:		Beküldő neve:	
TAJ/ID:	<input type="text"/>	Beküldőkód:	<input type="text"/>
Születési dátum:		Neme: <input type="checkbox"/> ffi <input checked="" type="checkbox"/> nő	Orvos pecsétszáma: <input type="text"/>
Anyja neve:		Orvos neve:	
Lakcím:		Orvos tel.:	
Páciens e-mail:		Beutaló kelte:	
Iránydiagnózis (BNO):		Mintavétel dátuma:	

VÁRANDÓS ADATAI			
Testsúly (kg)			
Dohányzás	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
Cukorbetegség	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
Jelen terhesség IVF-ből származik?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
Jelenlegi IVF dátuma (év/hó/nap)			
Magzatok száma			
Etnikai hovatartozás	<input type="checkbox"/> kaukázusi	<input type="checkbox"/> ázsiai	
	<input type="checkbox"/> fekete	<input type="checkbox"/> ismeretlen	
Petesejt donáció esetén a donor anya születési dátuma (év/hó/nap)			

12. HETI ULTRAHANG ADATAI			
Magzat kora az ultrahangos vizsgálat napján (hét/nap)			
Ultrahangos vizsgálat dátuma (év/hó/nap)			
NT (tarkóredő) (mm)			
CRL (ülőmagasság) (mm)			
BPD (fejátmérő) (mm)			
Orrcsont látható	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
Korábbi terhességben 21-es triszómia	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
Ultrahangos vizsgálatot végezte:			

LABORATÓRIUMI VIZSGÁLAT		
12. heti kockázatelemzés (első trimeszteri szűrés), szabad-béta-hCG, PAPP-A méréssel		S

Mintavételi cső: **S** (sárga kupakos natív cső)

A vizsgálatok három, vagy annál több magzat esetén nem végezhetőek el.

Kérjük a vizsgálatkérő lap minden rovatát megfelelően és olvashatóan kitölteni!