

Iedzimtu patoloģiju izmeklējuma nozīmējums

Paciente

Uzvārds, Vārds

U	Z	V	Ā	R	D	S			

V	Ā	R	D	S					

Dzimšanas datums, gads

dat.	

mēn.	

gads			

p.k.otrā daļa			

Adrese

tel.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ārsts

Uzvārds, Vārds

U	Z	V	Ā	R	D	S			

V	Ā	R	D	S					

Adrese

tel.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nepieciešamās analīzes (vajadzīgo atzīmēt)

Pirmā trimestra skrīnings

BHCG, PAPP-A

50001

vajadzīgo atzīmēt šādi

sākot no 8 nedēļām 0 dienām līdz 13 nedēļām 6 dienām

Otrā trimestra skrīnings

AFP, HCG, E3

50002

vajadzīgo atzīmēt šādi

sākot no 14 nedēļām 0 dienām līdz 22 nedēļām 6 dienām

Grūtniecības laiks

Pēdējo mēnešreizu pirmās diena

dat.	

mēn.	

gads			

droši dati

aptuveni dati

cikla garums

US

dat.	

mēn.	

gads			

Deguna kauls

Ir

Nav

izmēri: BPD

mm	

USI veica:

CRL

mm	

NT

mm			

U	Z	V	Ā	R	D	S			

iespējamais grūtniecības laiks

nedēļas	

dienas (0-6)

V	Ā	R	D	S					

US izmeklējuma dienā

Ziņas par grūtnieci un grūtniecības norisi

Grūtnieces svars

--	--

--

kg

Rase:

 baltā nē cita: _____

Smēķēšana

nē

jā

<input checked="" type="checkbox"/>

vajadzīgo atzīmēt šādi

I tipa cukura diabēts

nav

ir

<input checked="" type="checkbox"/>

vajadzīgo atzīmēt šādi

IVF grūtniecība

nē

jā

<input checked="" type="checkbox"/>

IVF datums:

dat.	

mēn.	

gads			

Augļu skaits

--

Iepriekšējā anamnēze

Dauna sindroms (Trisomija 21)

nē

jā

<input checked="" type="checkbox"/>

vajadzīgo atzīmēt šādi

Edvardsa sindroms (Trisomija 18)

nē

jā

<input checked="" type="checkbox"/>

vajadzīgo atzīmēt šādi

Vai agrāk bijušas amniocentēzes:

--

--

<input checked="" type="checkbox"/>