

Iedzimtu patoloģiju izmeklējuma nozīmējums

Aprēķinam pēc FMF algoritma

Izmeklējuma cena 23.70 EUR

Paciente

Uzvārds, Vārds

U	Z	V	Ā	R	D	S			

V	Ā	R	D	S					

Dzimšanas datums, gads

dat.		mēn.							

 - 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

5000X

vajadzīgo atzīmēt šādi

sākot no 8 nedēļām 0 dienām līdz 13 nedēļām 6 dienām

Grūtniecības laiks

Pēdējo mēnešreižu pirmās diena

dat.		mēn.							

droši dati	aptuveni dati	cikla garums

US

dat.		mēn.							

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)

US izmeklējuma dienā

V	Ā	R	D	S					

Ziņas par grūtnieci un grūtniecības norisi

Grūtnieces svars un augums

		,		kg				cm
--	--	---	--	----	--	--	--	----

Race:

baltā

cita:

Smēķēšana

nē

jā

Cig. dienā _____

vajadzīgo atzīmēt šādi

I tipa cukura diabēts

nav

ir

 vajadzīgo atzīmēt šādi

IVF grūtniecība

nē

jā

 IVF datums:

dat.	

mēn.	

gads			

Augļu skaits

--

Iepriekšējā anamnēze

Trisomija 21

nē

jā

 vajadzīgo atzīmēt šādi

Trisomija 18

nē

jā

 vajadzīgo atzīmēt šādi

Vai agrāk bijušas amniocentēzes:

nē

jā

 vajadzīgo atzīmēt šādi

Papildus informācija

Tāva vecums

gadi

Tāva rase

baltā

cita: