



Javna zdravstvena ustanova Bolnica „Sveti apostol Luka“ Dobož
 Služba za kliničko-biohemijsku dijagnostiku
 Kontakt telefon/ 00387 (0) 53 241 022, lok. 321
 E-mail: biohemija@bolnicadoboj.com

UPUT ZA PRENATALNI SCREENING DOWN SINDROMA U PRVOM TRIMESTRU

Ime (ime oca) i prezime:		Datum rođenja:	JMBG: L L L L L L L L L L L L L L L L
Broj protokola:	Vid osiguranja: <input type="checkbox"/> OB/____ <input type="checkbox"/> OZ <input type="checkbox"/> NP	Registarski broj: L L L L L L L L L L L L L L L L	Šifra djelatnosti: L L L L L L L L

PODACI O ULTRAZVUČNOM PREGLEDU (11. - 13. nedelje)

Podaci o ljekaru		
Ime i prezime		
FMF sertifikat (Godina i broj)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ustanova/Ordinacija		
Adresa		
Podaci o trudnici		
Datum UZV-pregleda		
Datum posljednje menstruacije		
Datum siguran:	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Trudnoća uz IVF Datum punkcije Datum transfera	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Broj fetusa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Nuhalni nabor (NT) (mm)		
Tjeme-trtična kost CRL (mm)		
(Robinson)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Nosna kost	<input type="checkbox"/> Prisutna	<input type="checkbox"/> Odsutna
UZV- Gestacijska dob (sedmica + dani)		
Prethodne trudnoće		
Trizomija 21	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Trizomija 18	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ostale hromozomopatije (navesti):		
Oštećenja neuralne cijevi	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ostale anomalije (navesti):		

Pečat ustanove, potpis, faksimil i šifra ljekara:

Napomena:

Kombinovani rizik sa NT, double i triple test pretpostavljaju da su sva mjerenja tokom UZV pregleda izvedena prema protokolu koji propisuje „The Fetal Medicine Foundation“. Laboratorija se ne smatra odgovornom za uticaj netačnih UZV podataka na konačni proračun kombinovanog rizika. **Izračunati rizici nemaju dijagnostičku vrijednost!**