

Údaje o pacientovi	Kód dg.	Kód poskytovateľa
Rodné číslo, resp. číslo poisťenca		
Meno	Kód poisťovne pacienta	Kód odosielaajúceho lekára
Priezvisko	Dátum odberu	Tel.
U cudzincov Kód krajiny EU	d d m m r r	Pečiatka lekára:
Identif. číslo pacienta	Čas odberu	

Dátum PM	Dátum posledného UZV:	CRL(BPD):	Zodpovedá: (týždeň + deň)	Počet plodov:
d d m m r r	d d m m r r	mm		
Gemini:	Zodpovedá:		Váha matky:	
CRL 1:	Plod 1:		kg	
CRL 2:	Plod 2:			
NT:	Dátum vyšetrenia NT: *	CRL k tomuto dátumu:	NB:	Meno sonografistu:
mm	d d m m r r	mm		MUDr.

* Udávajte len v prípade, ak nie je zhodný s dátumom posledného UZV

Hodnota NT bude zahrnutá do výpočtu len v prípade, ak bola vykonaná certifikovaným sonografistom.

	áno	nie
DS v predchádzajúcej gravidite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NTD v predchádzajúcej gravidite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inzulíndependentný DM:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IVF:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fajčenie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Požadované parametre v 1. trimestri:	PAPP-A <input type="checkbox"/>	
Požadované parametre v 2. trimestri:	AFP <input type="checkbox"/>	HCG <input type="checkbox"/>