

Údaje o pacientovi Rodné číslo, resp. číslo poisťenca _____ / _____  Meno _____ Priezvisko _____  U cudzincov      Kód krajiny EU _____ Identif. číslo pacienta _____	Kód dg. _____ _____ _____	Kód poskytovateľa _____ Kód odosielajúceho lekára _____ Tel. _____ Pečiatka lekára: <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
	Kód poisťovne pacienta _____	
	Dátum odberu _____ . _____ . _____ d d m m r r Čas odberu _____ : _____	

Dátum PM _____ . _____ . _____ d d m m r r	Dátum posledného UZV: _____ . _____ . _____ d d m m r r	CRL(BPD): _____ mm	Zodpovedá: (týždeň + deň) _____	Počet plodov: _____
Gemini: CRL 1: _____ CRL 2: _____	Zodpovedá: Plod 1: _____ Plod 2: _____		Váha matky: _____ kg	
NT: _____ mm	Dátum vyšetrenia NT: * _____ . _____ . _____ d d m m r r	CRL k tomuto dátumu: _____ mm	NB: _____	Meno sonografistu: 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"/>
<b>Požadované parametre v 1. trimestri:</b>	<b>PAPP-A</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Požadované parametre v 2. trimestri:</b>	<b>AFP</b> <input type="checkbox"/>	<b>HCG</b> <input type="checkbox"/>