 <b>NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD</b> IČO: 00179540		<b>Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod</b> Lab. klinické biochemie tel. 569 472 375		laboratorní číslo:
<b>Žádanka o laboratorní vyšetření - screening VVV</b>				
Příjmení:		Jméno, titul:		Odesílatel:
Č. pojištěnce:				
Dg.	Datum odběru:	Čas odběru:		
Kouření:	Diabetes:	IVF:		
Odebraný materiál: <input type="checkbox"/> krev				(razítko, IČZ, odbornost, podpis)
		421 <input type="checkbox"/> I. trimestr ( free beta-hCG, PAPP-A)	422 <input type="checkbox"/> II. trimestr (AFP, hCG)	
Hmotnost (kg) / Datum PM				
Počet plodů:				
Gestační stáří plodu v den UZ: (uvedte týden + den)				
UZ vyšetření provedeno dne:				
CRL(mm) / měřeno dne				
NT(mm) / měřeno dne				
N.B. (označte zaškrtnutím) <span style="float: right;">přítomna / nepřítomna / neměřeno</span>				
Downův syndrom v anamnéze (v jakém věku matky):				
252	<input type="checkbox"/> TSH	255	<input type="checkbox"/> anti TPO	Požaduji výpočet rizika: <input type="checkbox"/> ANO
253	<input type="checkbox"/> fT4	<input type="checkbox"/> NE		


Pozn.: v případě vícečetného těhotenství vyplňte příslušný počet žadanek.

Přezkoumal a převzal:

Datum, čas:

OSL\_FRM\_43

Platí od: 11.4.2025

 <b>NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD</b> IČO: 00179540		<b>Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod</b> Lab. klinické biochemie tel. 569 472 375		laboratorní číslo:
<b>Žádanka o laboratorní vyšetření - screening VVV</b>				
Příjmení:		Jméno, titul:		Odesílatel:
Č. pojištěnce:				
Dg.	Datum odběru:	Čas odběru:		
Kouření:	Diabetes:	IVF:		
Odebraný materiál: <input type="checkbox"/> krev				(razítko, IČZ, odbornost, podpis)
		421 <input type="checkbox"/> I. trimestr ( free beta-hCG, PAPP-A)	422 <input type="checkbox"/> II. trimestr (AFP, hCG)	
Hmotnost (kg) / Datum PM				
Počet plodů:				
Gestační stáří plodu v den UZ: (uvedte týden + den)				
UZ vyšetření provedeno dne:				
CRL(mm) / měřeno dne				
NT(mm) / měřeno dne				
N.B. (označte zaškrtnutím) <span style="float: right;">přítomna / nepřítomna / neměřeno</span>				
Downův syndrom v anamnéze (v jakém věku matky):				
252	<input type="checkbox"/> TSH	255	<input type="checkbox"/> anti TPO	Požaduji výpočet rizika: <input type="checkbox"/> ANO
253	<input type="checkbox"/> fT4	<input type="checkbox"/> NE		

Pozn.: v případě vícečetného těhotenství vyplňte příslušný počet žadanek.

Přezkoumal a převzal:

Datum, čas:

OSL\_FRM\_43

Platí od: 11.4.2025