

## Žádanka o screeningové vyšetření vrozených vývojových vad

Laboratorní číslo:  
(nevyplňujte)



Nemocnice Na Homolce  
OKBHI, úsek Laboratoře IA  
Roentgenova 2  
150 30 PRAHA 5  
☎ 257 272 159

Příjmení				Pojišťovna	
Jméno				Pohlaví	
Číslo pacienta				Datum narození	
Adresa				Země (cizinci)	
Primární vzorek	krev	Datum a čas odběru		Diagnóza	
Datum posledních menses:					
Datum UZ:				Týden těhotenství dle UZ	
Počet plodů:				Hmotnost matky:	
CRL (mm):					
NT (mm):					
NB :					
<b>I. trimestr: 10. - 13. týden</b>					
	PAPP A				
	f beta hCG				
	Genetické hodnocení <sup>@</sup>				
Zdravotnické zařízení (razítko):				Lékař (jmenovka a podpis):	

<sup>@</sup>Zajišťuje: MUDr. V. Krutílková, Ordinance klinické genetiky, Zenklova 37, Praha 8  
☎ 266 310 313, IČZ: 08 180 000, odbornost: 208