ŽIADANKA O VYŠETRENIE – BIOCHÉMIA – PRENATÁLNY SKRÍNING

Unilabs

Platná od 8. 12. 2025

Rodné číslo

Platiteľ (kód ZP, samoplatca, PZS)

Oslob. od DPH ☐ áno ☐ nie

Fakturovať ☐ lekár ☐ pacient

Užívané lieky

Výška cm

Priezvisko

Meno

Samoplatca – telefón

Samoplatca – e-mail**

Dôležitá poznámka

Hmotnosť kg

Ulica, číslo domu*

Mesto/obec*

Diuréza ml/ hod.

Hebd. t.

FMC

PSČ*

IČ EÚ (priložiť kópiu preukazu poistenca)

Kód krajiny

Pohlavie ☐ muž ☐ žena

Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára

Dátum narodenia

Dátum a čas odberu

Dátum vystavenia žiadanky

Dg. (MKCH)

Kód hospit. prípadu

Odporúčajúci lekár Meno a priezvisko

A kód

P kód

☐ Nepovoliť sprístupnenie výsledku v EZKO

* adresu pacienta žiadame vyplniť v prípade samoplatcu alebo vyšetrení hlásených v zmysle zákona č. 355/2007 Z. z.
** zaslanie výsledkov na e-mail na základe – **„Žiadosť o zaslanie výsledkov na email“** – www.unilabs.sk

Je lekár vykonávajúci USG držiteľom certifikátu FMF (Fetal Medicine Foundation)? ☐ áno ☐ nie

I. TRIMESTER

☐ **PAPP-A, voľný beta-hCG** (ALPHA1)

Dátum odberu krvi

Dátum USG vyšetrenia

Hebd. podľa USG vyšetrenia Týždeň Deň
(neprepočítavať hedb. k dátumu odberu krvi)

Dátum PM

Hebd. v deň odberu Týždeň Deň

Počet plodov

Hmotnosť pacientky (kg)

Krv na sérum
01

Podľa FMF (Fetal Medicine Foundation) sa považuje USG s hodnotou CRL v rozpätí 45 – 84 mm za najsmerodajnejšie určenie veku plodu pre celý prenatálny skríning.

USG
Týždeň tehotenstva 10+0 až 13+6

BPD

CRL

NT

NB

Tehotenstvo po IVF ☐ áno ☐ nie

Fajčenie ☐ áno ☐ nie

Insulin dependent diabetes ☐ áno ☐ nie

II. TRIMESTER

☐ **Triple test: celkový hCG + AFP + voľný estriol** (ALPHA3)

Dátum odberu krvi

Dátum USG vyšetrenia

Hebd. podľa USG vyšetrenia Týždeň Deň
(neprepočítavať hedb. k dátumu odberu krvi)

Dátum PM

Hebd. v deň odberu Týždeň Deň

Počet plodov

Hmotnosť pacientky (kg)

Krv na sérum
01

Podľa FMF (Fetal Medicine Foundation) sa považuje USG s hodnotou CRL v rozpätí 45-84 mm za najsmerodajnejšie určenie veku plodu pre celý prenatálny skríning.

USG
Týždeň tehotenstva 15+0 až 22+6

BPD

CRL

NT

NB

Tehotenstvo po IVF ☐ áno ☐ nie

Fajčenie ☐ áno ☐ nie

Insulin dependent diabetes ☐ áno ☐ nie

PREEKLAMPSIA

☐ Index sFlt-1/PIGF € (ISFPI)

☐ S – sFlt-1 € (SFLT1)

☐ S – PIGF € (PLGF)

Krv na sérum
01

€ Vyšetrenie označené týmto symbolom nie je hradené zdravotnou poisťovňou a je možné ho objednať len na priamu úhradu.

Podpis pacienta:

SPOLU VYŠ.

Reg. značka: ZIAIVD-PNT-2025-01