

Anforderungsbeleg und Laborarbeitsblatt

Screening auf Chromosomenstörungen und/oder

Präeklampsiescreening im 1. Trimenon

(SSL 45,0 mm – SSL 84,0 mm)

Stempel und Unterschrift des einsendenden Arztes:

Tel.:

Fax:

Nasenbein (falls Zertifizierung vorhanden)

positiv negativ unklar

fetale Herzfrequenz: SpM

Chorionizität (obligat bei Geminschwangerschaft)

dichorial diamniotisch monochorial diamniotisch

monochorial monoamniotisch andere

ethnische Zugehörigkeit:

weiß (Europa, Mittlerer Osten, Nahost, Nordafrika, Nordamerika, Lateinamerika)

ostasiatisch (China, Japan, Korea)

schwarz (Afrika, Karibik, Afro- Amerikanisch)

südasiatisch (Indien, Pakistan, Bangladesch)

südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam)

andere

Name, Vorname der Patientin

geb. am.

Adresse:

Kostenübernahme: Privatpatient selbstzahlender Kassenpatient Rechnung an einsendende Praxis

Materialentnahme:

Probenentnahme: Tag: Uhrzeit:

Serumgewinnung: Tag: Uhrzeit:

Material: Vollblut Serum

Serum gefrostet: ja nein

Sonografische Daten:

Tag der sonograf. Untersuchung:

SSW bei Probenentnahme: Wochen + Tage

rechnerisch: +

sonografisch: +

Fet 1 Fet 2

Scheitel-Steiß-Länge: mm mm

Nackentransparenz: mm mm

Patientendaten:

Gewicht: kg

Größe: cm

Anzahl früherer Geburten:

frühere Schwangerschaft mit Trisomie 21/ 18/ 13: ja nein

wenn ja: Tris 21 Tris 18 Tris 13

Raucherin: ja nein

Diabetes mellitus: ja nein

wenn ja: Typ 1 Typ 2 Gestationsdiabetes

IVF Schwangerschaft:

falls IVF-Schwangerschaft:

Art der IVF: IVF ICSI homologe Insemination heterologe Insemination

eingefrorene Eizelle: ja nein

Datum der Eizellentnahme: Konzeptionsdatum:

Eizellspende: ja nein wenn ja, Geburtsdatum der Spenderin:

Daten für Präeklampsiescreening: Nur für Einsender mit Zertifizierung für das Präeklampsiescreening!

chronische Hypertonie: ja nein

system. Lupus erythematodes: ja nein

Anti-Phospholipid-Syndrom: ja nein

frühere Schwangerschaft mit: Präeklampsie ja nein

„small for gestational age“ Baby ja nein

familiäre Präeklampsie (Mutter): ja nein

arterieller Blutdruck: systolisch / diastolisch

linker Arm Messung 1 / mmHg

Messung 2 / mmHg

rechter Arm Messung 1 / mmHg

Messung 2 / mmHg

Aa. uterinae Pulsatilitätsindex: links rechts

Ab hier nur vom Labor auszufüllen!

Interpretation Screening auf Chromosomenstörungen:

Interpretation Präeklampsiescreening:

Wissenschaftlicher Bearbeiter