

## Nosūtījums uz grūtnieču skrīningu I trimestrī *FMF* sertificēta *SsdwLab* programma

Pacientes uzvārds \_\_\_\_\_ vārds \_\_\_\_\_

Personas kods \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Adrese \_\_\_\_\_

Ārsta vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Ārsta adrese \_\_\_\_\_ tālrunis \_\_\_\_\_

Samaksas veids  NVD  MAKSAS  APDROŠINĀŠANA

### Grūtniecības laiks

USN datums \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Izmēri: CRL mērījums : \_\_\_\_\_ mm Nuchal Translucency biežums \_\_\_\_, \_\_mm

Deguna kauls: \_\_\_\_\_

Iespējamais grūtniecības laiks izmeklēšanas dienā ned. \_\_\_ dienas \_\_\_ Augļu skaits \_\_\_\_\_

USN speciālists \_\_\_\_\_

Pēdējo mēnešreizu pirmās dienas datums \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ cikla garums \_\_\_ dienas

### Nepieciešamās analīzes

**FMF** Pirmā trim. skrīnings (līdz 13 ned.6 d)  brīvais β-HCG, PAPP-A

Asins parauga paņemšanas datums : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Bioķīmisko rādītāju korekcijas faktori:

Mātes svars/augums asins parauga paņemšanas dienā \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ augums/cm

Smēķē/cigaretas dienā \_\_\_\_\_ Jā  Nē

Rase Baltā  Nē

Cita \_\_\_\_\_

Insulīna atkarīgais diabēts (I tipa) Jā  Nē

IVF grūtniecība Jā  Nē

### Iepriekšējā anamnēze:

Dauna sindroms (Trisomija 21) Jā  Nē

Edvardsa sindroms (Trisomija 18) Jā  Nē

Vai agrāk bijušas amniocentēzes Jā  Nē

### Papildus informācija:

Tēva vecums \_\_\_\_\_ gadi

Tēva rase Baltā \_\_\_\_\_ Cita \_\_\_\_\_