



Platná od 1. 10. 2018

Rodné číslo	Platiteľ <small>kód ZP, samoplatca, PZS</small>	Fakturovať lekár <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/>	Oslob. od DPH áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Užívané lieky	Výška <input type="text"/> cm
Priezvisko	Meno	Dôležitá poznámka		Váha <input type="text"/> kg	
Ulica, číslo domu*	Mesto/obec*	Diuréza <input type="text"/> ml/ hod.	Hebd. <input type="text"/> t.	MC <input type="checkbox"/>	
PSČ*	IČ EÚ <small>priložiť kópiu preukazu poistenca</small>	Kód krajiny	Pohlavie muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>	Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára	
Dátum narodenia	Dátum a čas odberu	Dátum vystavenia žiadanky			
Dg. (MKCH)	Dg. (MKCH)	Kód hospit. prípadu			
Odporúčajúci lekár	Meno a priezvisko	A kód	P kód		

Nepovoľiť sprístupnenie výsledku v EZKO

\* adresu pacienta žiadame vyplniť v prípade samoplatcu alebo vyšetrení hlásených v zmysle zákona č. 355/2007 Z. z.

### I. TRIMESTER

**PAPP-A, voľný beta-hCG** (1TRM)

Dátum odberu krvi

Dátum USG vyšetrenia

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

Dátum PM

Hebd. podľa PM Týždeň  Deň

Počet plodov

Hmotnosť pacientky (kg)

**USG parameter\*\***

BPD

CRL

**USG marker\*\***

NT

NB

Počet abortov

Tehotenstvo je v poradí

Tehotenstvo po IVF  áno  nie

Fajčenie  áno  nie

Diabetes mellitus  áno  nie

### II. TRIMESTER

**Double test: celkový hCG + AFP** (ALPHA2)

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

Dátum odberu krvi

Dátum USG vyšetrenia

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

Dátum PM

Hebd. podľa PM Týždeň  Deň

Hmotnosť pacientky (kg)

Bol už skrining robený v minulosti  áno  nie

Ak bol skrining už robený, s akým výsledkom?

\*\* nepovinné údaje

Podpis pacienta  **SPOLU VYŠ.**

Máte otázky či problém? Volajte call centrum 0850 150 000, www.alphamedical.sk, info@alphamedical.sk