NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD IČO: 00179540	**Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod** Lab. klinické biochemie tel. 569 472 375 Žádanka o laboratorní vyšetření **diagnostika vývojových vad**	laboratorní číslo:

Jméno pacientky:			Odesílatel:
Č.pojištěnce:		**Poj.**	
Dg.	**Datum odběru:**	**Čas odběru:**	
Kouření:	**Diabetes:**	**IVF:**	
Odebraný materiál:	☐ **krev**		(razítko, IČZ, odbornost, podpis)

	421 **I.trimestr** (free beta-hCG, PAPP-A)	422 **II.trimestr** (AFP, hCG)
Hmotnost (kg):		
Počet plodů:		
PM:		
NT:		
Datum UZ vyšetření:		
Gravidita dle UZ vyš.:		
Downův syndrom v anamnéze (věk matky):		

252		TSH
253		fT4
255		anti TPO

Požaduji výpočet rizika: ANO / NE

Přezkoumal a převzal: Datum, čas:

OSL_FRM_43

Platí od: 2.5.2022

NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD IČO: 00179540	**Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod** Lab. klinické biochemie tel. 569 472 375 Žádanka o laboratorní vyšetření **diagnostika vývojových vad**	laboratorní číslo:

Jméno pacientky:			Odesílatel:
Č.pojištěnce:		**Poj.**	
Dg.	**Datum odběru:**	**Čas odběru:**	
Kouření:	**Diabetes:**	**IVF:**	
Odebraný materiál:	☐ **krev**		(razítko, IČZ, odbornost, podpis)

	421 **I.trimestr** (free beta-hCG, PAPP-A)	422 **II.trimestr** (AFP, hCG)
Hmotnost (kg):		
Počet plodů:		
PM:		
NT:		
Datum UZ vyšetření:		
Gravidita dle UZ vyš.:		
Downův syndrom v anamnéze (věk matky):		

252		TSH
253		fT4
255		anti TPO

Požaduji výpočet rizika: ANO / NE

Přezkoumal a převzal: Datum, čas:

OSL_FRM_43

Platí od: 2.5.2022