

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD IČO: 00179540		Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod		laboratorní číslo:
		Lab. klinické biochemie tel. 569 472 375		
		Žádanka o laboratorní vyšetření - screening VVV		
Příjmení:		Jméno, titul:		Odesílatel:
Č.pojištění:		Dg.		
Dg.	Datum odběru:	Čas odběru:		
Kouření:	Diabetes:	IVF:		
Odebraný materiál:		☐ krev		
		421 ☐ I.trimestr (free beta-hCG, PAPP-A)	422 ☐ II.trimestr (AFP, hCG)	
Hmotnost (kg) / Datum PM				
Počet plodů:				
Gestační stáří plodu v den UZ: (uvedte týden + den)				
UZ vyšetření provedeno dne:				
CRL(mm) / měřeno dne				
NT(mm) / měřeno dne				
N.B. (označte zaškrtnutím)		přítomna / nepřítomna / neměřeno		
Downův syndrom v anamnéze (v jakém věku matky):				
252	☐ TSH	255	☐ anti TPO	Požaduji výpočet rizika: ☐ ANO
253	☐ fT4			☐ NE

Pozn.: v případě vícečetného těhotenství vyplňte příslušný počet žádanek.

Přezkoumal a převzal:

Datum, čas:

OSL_FRM_43

Platí od: 23.1.2026

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD IČO: 00179540		Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod		laboratorní číslo:
		Lab. klinické biochemie tel. 569 472 375		
		Žádanka o laboratorní vyšetření - screening VVV		
Příjmení:		Jméno, titul:		Odesílatel:
Č.pojištění:		Dg.		
Dg.	Datum odběru:	Čas odběru:		
Kouření:	Diabetes:	IVF:		
Odebraný materiál:		☐ krev		
		421 ☐ I.trimestr (free beta-hCG, PAPP-A)	422 ☐ II.trimestr (AFP, hCG)	
Hmotnost (kg) / Datum PM				
Počet plodů:				
Gestační stáří plodu v den UZ: (uvedte týden + den)				
UZ vyšetření provedeno dne:				
CRL(mm) / měřeno dne				
NT(mm) / měřeno dne				
N.B. (označte zaškrtnutím)		přítomna / nepřítomna / neměřeno		
Downův syndrom v anamnéze (v jakém věku matky):				
252	☐ TSH	255	☐ anti TPO	Požaduji výpočet rizika: ☐ ANO
253	☐ fT4			☐ NE

Pozn.: v případě vícečetného těhotenství vyplňte příslušný počet žádanek.

Přezkoumal a převzal:

Datum, čas:

OSL_FRM_43

Platí od: 23.1.2026