|  |  |
| --- | --- |
| z⢘ | ***KLINIČKA BOLNICA «SVETI DUH»******Zagreb, Sveti Duh 64******Zavod za medicinsko laboratorijsku dijagnostiku******Tel: 3712-116; 3712-021***  |

Datum zaprimanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Broj protokola:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ispunjava laboratorij)*

|  |
| --- |
| **PRENATALNI PROBIR KROMOSOMOPATIJA U 1.TROMJESEČJU** |
| **PODACI O TRUDNICI** |
| Ime |  |
| Prezime |  |
| Datum rođenja |  |
| Telefon |  |
| Datum uzimanja krvi |  |
| Težina (kg) |  |
| **ANAMNEZA** |
| Datum posljednje mjesečnice |  | Je li datum posljednje mjesečnice pouzdan? | DA - NE  |
| Trudnoća uz 'IVF'  | DA - NE  | Broj ranijih trudnoća |  |
| Je li trudnica pušač? | DA - NE  | Broj ranijih porođaja |  |
| Je li trudnica inzulin-ovisni dijabetičar?  |  |
| Uzimanje lijekova (navesti koje):  |  |

|  |
| --- |
| **KROMOSOMOPATIJE U PRETHODNOJ TRUDNOĆI** |
| Oštećenja neuralne cijevi | DA - NE |  | Trisomija 21 | DA - NE |  | Trisomija 18 | DA - NE |

|  |
| --- |
| **Molimo Vas da napišete adresu na koju želite primiti nalaz (e-mail ili kućna adresa):** |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vlastoručan potpis trudnice