

**SYNLAB**  
**MAGZATI KOCKÁZAT VIZSGÁLTÁRŐ LAP**  
**PRIVÁT VIZSGÁLTATOKHOZ**

		Beküldő neve:		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">                 Orvosi körpecsét             </div>				
		Beküldő címe:						
Név:			9 jegyű kód:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Születési név:			Orvos neve:	Tel:	Pecsét száma:			
TAJ/ID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Térítés módja:	<input type="checkbox"/> <i>Helyben fizető</i>	<input type="checkbox"/> <i>Csekkel előre*</i>	<input type="checkbox"/> <i>Átutalás előre*</i>	Szerződéses	Orvos aláírása
Születési dátum:	Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/>		Befizetés azonosító:			Beutaló kelte:		
Lakcím (helység): Lakcím (utca,hsz.)	Tel:		Számlázási név:			Mintav. dátuma:		
Iránydiag. / BNO:			Számlázási cím:			*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kérlőaphoz kell csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.		
			Leletküldési e-mail:					

VÁRANDÓS ADATAI*			
Testsúly (kg):			
Dohányzás	Igen	Nem	
Diabetes mellitus	Igen	Nem	
Jelenlegi terhesség IVF-ből származik?	Igen	Nem	
Jelenlegi IVF dátuma (év/hó/nap):			
Magzatok száma:			
Etnikai hovatartozás:	kaukázusi	ázsiai	
	feketebőrű	ismeretlen	
Petesejt donáció esetén a donor anya születési dátuma (év/hó/nap):			

12. HETI ULTRAHANGOS ADATOK*			
Magzati kor ultrahangos vizsgálat napján (hét/nap):			
Ultrahangos vizsgálat dátuma:			
NT (tarkóredő) (mm)			
CRL (fejtető-farcsonk) (mm)			
BPD (mm)			
Orrcsont hiány	Igen	Nem	
Korábbi terhességben 21-es triszómia	Igen	Nem	
Ultrahangos vizsgálatot végezte:	..... aláírás		

IGÉNYELT LABORATÓRIUMI VIZSGÁLTAT		
	Első trimeszter (12. hét) free béta-HCG + PAPP-A mérés és kockázatelemzés	N
	Második trimeszter (16. hét) AFP + HCG + szabad ösztriol + Inhibin A mérés és kockázatelemzés	N

KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ
<p>Mintavételi cső: N (sárga kupakos, natív cső)</p> <p><b>Olvashatatlanul, hibásan, hiányosan kitöltött kérlőlap esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban teljesíteni.</b>                      A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!                      A vizsgálat végzése 1 cső natív vérből (sárga vagy piros kupakos cső) történik.</p> <p><b>*Mindkét trimeszteri vizsgálat a 12 hetes UH adatok ismeretében végezhető el! Kérjük az adatok hiánytalan és pontos megadását, ezek hiányában kockázatbecslést nem áll módunkban végezni!</b></p>