



## Nosūtījums uz grūtnieču skrīningu I / II trimestrī

**PACIENTE:** Vārds \_\_\_\_\_ Uzvārds \_\_\_\_\_

Personas kods/identifikators \_\_\_\_\_

Adrese \_\_\_\_\_

E-pasts \_\_\_\_\_ Mob. tālrunis \_\_\_\_\_

**Maksātājs:** ☐ NVD ☐ Maksas ☐ Apdrošināšana

**Apdrošināšana:** Kompānija, Tips \_\_\_\_\_

Polises sērija/Nr. \_\_\_\_\_ Derīgs līdz \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pacienta grupa ☐ Grūtniece un sievietē pēcdzemdību periodā līdz 42 d. (04)

Izmeklēšanas iemesls ☐ Grūtnieču skrīnings

**ĀRSTS:** Vārds Uzvārds \_\_\_\_\_ Tālr. \_\_\_\_\_

(Zīmogs)

**Materiāla paņemšanas datums un laiks:** \_\_\_\_\_

### **PIRMĀ TRIMESTRA SKRĪNINGS** ☐

Sākot no 8 nedēļām līdz 13 nedēļām 6 dienām

Materiāla paņemšanas datums: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ Brīvais  $\beta$ -HCG

☐ PAPP-A

### **OTRĀ TRIMESTRA SKRĪNINGS** ☐

Sākot no 14 nedēļām līdz 22 nedēļām 6 dienām

Materiāla paņemšanas datums: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ AFP

☐ HCG

☐ brīvais estriols

### **GRŪTNIECĪBAS LAIKS**

**Ultrasonogrāfijas datums:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CRL mērījums : \_\_\_\_\_ mm

**Augļu skaits:** \_\_\_\_\_

BPD mērījums : \_\_\_\_\_ mm

Nuchal Translucency NT biežums: \_\_\_\_\_ mm

Deguna kauls: ☐ Ir ☐ Nav ☐ Nav indicēts

**Grūtniecības laiks pēc ultrasonogrāfijas datiem:** nedēļas \_\_\_\_ dienas \_\_\_\_ (0-6)

USG speciālists \_\_\_\_\_

Pēdējās menstruācijas pirmā diena: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dzimšanas datums pēc USG izmeklējumiem \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **STATISTISKIE GRŪTNIECĪBAS RISKA FAKTORI:**

Mātes svars materiāla paņemšanas dienā: \_\_\_\_\_ kg

Smēķēšana: ☐ Jā ☐ Nē

Cukura diabēts: ☐ Jā ☐ Nē

IVF procedūras: ☐ Jā ☐ Nē

Rase (Etniskā izcelsme): ☐ Eiropiešu ☐ (Cits-kāds)

Anamnēze:

Iepriekšējā grūtniecībā (Trisomija 21) ☐ Jā ☐ Nē