



**Nosūtījums uz grūtniecības I trimestra skrīningu
FMF sertificēta SsdwLab programma (Roche Diagnostics)**

PACIENTE: Vārds _____ Uzvārds _____

Personas kods/identifikators _____

Adrese _____

E-pasts _____ Mob. tālrunis _____

Maksātājs: ☐ NVD ☐ Maksas ☐ Apdrošināšana

Apdrošināšana: Kompānija, Tips _____

Polises sērija/Nr. _____ Derīgs līdz ____/____/____

ĀRSTS: Vārds Uzvārds _____ Tālr. _____

(Zīmogs)

PIRMĀ TRIMESTRA SKRĪNINGS

Sākot no 8 nedēļām līdz 13 nedēļām 6 dienām

Materiāla paņemšanas datums: ____/____/____

☐ Brīvais β -HCG

☐ PAPP-A

GRŪTNIECĪBAS LAIKS

Ultrasonogrāfijas datums: ____/____/____

CRL mērījums : _____ mm

Augļu skaits: _____

Kakla krokas biezums (NT) biezums: _____ mm

Deguna kauls: ☐ Ir ☐ Nav ☐ Nav indicēts

Grūtniecības laiks pēc ultrasonogrāfijas datiem: nedēļas ____ dienas ____ (0-6)

USG speciālists(Vārds, Uzvārds) _____

Pēdējās menstruācijas pirmā diena: ____/____/____

Dzimšanas datums pēc USG izmeklējumiem ____/____/____

STATISTISKIE GRŪTNIECĪBAS RISKĀ FAKTORI:

Mātes svars materiāla paņemšanas dienā: _____ kg augums: _____ cm

Smēķēšana: 5-10 cigaretes/dienā ☐ Jā/ > 10cig./d ☐ Jā ☐ Nē

1 tipa cukura diabēts: ☐ Jā ☐ Nē

IVF procedūras: ☐ Jā ☐ Nē

Rase (etniskā piederība): ☐ (Cita, kāda) ☐ (Eiropiešu)

Anamnēze:

Iepriekšējā grūtniecībā (Trisomija 21 / 18-13) ☐ Jā ☐ Nē

Tēva vecums: _____ gadi Tēva rase _____ ☐ (Cita, kāda) ☐ (Eiropiešu)