

Pränataldiagnostik

Perinataldiagnostik (Fruchtwasser) Nativ-Röhrchen **PRÄNATALE EINZELPARAMETER** Vacutainer rot (Serum)

<input type="checkbox"/> AFP im Fruchtwasser ④	<input type="checkbox"/> freies β -HCG (ohne Risikobewertung) ⑤
	<input type="checkbox"/> PAPP-A (ohne Risikobewertung) ⑤
	<input type="checkbox"/> AFP (ohne Risikobewertung) ④
	<input type="checkbox"/> 1. Trimester Screening (freies β -HCG + PAPP-A) ohne Risikobewertung ⑤

Schwangerschaftsdauer:

Wochen:

Tage:

Diagnose: *Bitte in Blockschrift ausfüllen*

Therapie: *Bitte in Blockschrift ausfüllen*

1. Trimester Screening ⑤

Zeitpunkt: 45-84 mm SSL. Schliesst Messung des freien b-HCG und PAPP-A ein

<p>Gewicht der Frau in kg:</p> <table border="1"> <tr><td>100</td><td>200</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table> <p>Ethnische Herkunft</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Europäisch und Nordafrika</td><td><input type="checkbox"/> Ostasiatisch</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Afro-Karibisch</td><td><input type="checkbox"/> Südasiatisch</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Südostasiatisch</td><td><input type="checkbox"/> Gemischt</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Andere</td><td></td></tr> </table> <p>Anzahl Feten:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3</p> <p>Chorionizität bei Zwillingschwangerschaft</p> <p><input type="checkbox"/> dichorial <input type="checkbox"/> monochorial</p> <p>IVF-Schwangerschaften</p> <p>Datum der Befruchtung: _____</p> <p>Ggf. Geburtsdatum der Eizellspenderin: _____</p> <p>Vorangegangene Fehlgeburt(en)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Vorangegangene SS mit Trisomie</p> <table border="1"> <tr><td>Trisomie 21</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr> <tr><td>Trisomie 18</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr> <tr><td>Trisomie 13</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr> </table>	100	200	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="text"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Europäisch und Nordafrika	<input type="checkbox"/> Ostasiatisch	<input type="checkbox"/> Afro-Karibisch	<input type="checkbox"/> Südasiatisch	<input type="checkbox"/> Südostasiatisch	<input type="checkbox"/> Gemischt	<input type="checkbox"/> Andere		Trisomie 21	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Trisomie 18	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Trisomie 13	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<p>Name des/der Ultraschallers/in: <i>Blockschrift</i></p> <p>Name anfordernder Arzt/in: <i>Blockschrift</i></p> <p>Datum des Ultraschalls:</p> <p>Tag: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Monat: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SSL (CRL) in mm:</p> <table border="1"> <tr><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table> <p>Gestationsalter gemäss SSL:</p> <p>Wochen: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Tage: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nackentransparenz in mm:</p> <table border="1"> <tr><td>10</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>0.1</td><td>0.2</td><td>0.3</td><td>0.4</td><td>0.5</td><td>0.6</td><td>0.7</td><td>0.8</td><td>0.9</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table> <p>Insulinpflichtiger Diabetes mellitus der Schwangeren</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Nikotin</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	40	50	60	70	80	<input type="text"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="text"/>	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	<input type="text"/>																																												
100	200																																																																																																																											
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																											
10	20	30	40	50	60	70	80	90																																																																																																																				
<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"/>																																																																																																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																																																																				
<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="checkbox"/> Europäisch und Nordafrika	<input type="checkbox"/> Ostasiatisch																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Afro-Karibisch	<input type="checkbox"/> Südasiatisch																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Südostasiatisch	<input type="checkbox"/> Gemischt																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Andere																																																																																																																												
Trisomie 21	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																																																																																																										
Trisomie 18	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																																																																																																										
Trisomie 13	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																																																																																																										
40	50	60	70	80																																																																																																																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																																																																				
<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"/>																																																																																																																				
10																																																																																																																												
<input type="text"/>																																																																																																																												
1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																																																																				
<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"/>																																																																																																																				
0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9																																																																																																																				
<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"/>																																																																																																																				

AFP Plus Test ⑤

Zeitpunkt: 14 + 0 bis 18 + 6 SSW. Schliesst Messung des freien b-HCG und AFP ein. Risikobewertung für Trisomie 21 und Neuralrohrdefekte.

oder

AFP-Test: ④ Zeitpunkt: 14 + 0 bis 18 + 6 SSW. Schliesst Messung von AFP ein. Nur Risikobewertung für Neuralrohrdefekte

<p>Datum der letzten Periode:</p> <p>Tag: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Monat: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Gewicht der Frau in kg:</p> <table border="1"> <tr><td>100</td><td>200</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table> <p>Ethnische Herkunft</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Europäisch und Nordafrika</td><td><input type="checkbox"/> Ostasiatisch</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Afro-Karibisch</td><td><input type="checkbox"/> Südasiatisch</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Südostasiatisch</td><td><input type="checkbox"/> Gemischt</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Andere</td><td></td></tr> </table> <p>Anzahl Feten:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3</p> <p>Muss auf Grund des US der Termin korrigiert werden</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Vorangegangener Neuralrohrdefekt</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Vorangegangene SS mit Trisomie 21</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Insulinpflichtiger Diabetes mellitus der Schwangeren</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Nikotin</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	100	200	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	20	30	40	50	60	70	80	90	<input type="text"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Europäisch und Nordafrika	<input type="checkbox"/> Ostasiatisch	<input type="checkbox"/> Afro-Karibisch	<input type="checkbox"/> Südasiatisch	<input type="checkbox"/> Südostasiatisch	<input type="checkbox"/> Gemischt	<input type="checkbox"/> Andere		<p>Datum des ersten Ultraschalls:</p> <p>Tag: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Monat: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Dies entsprach damals:</p> <p>Wochen: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Tage: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>																
100	200																																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																
10	20	30	40	50	60	70	80	90																																									
<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"/>																																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
<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="checkbox"/> Europäisch und Nordafrika	<input type="checkbox"/> Ostasiatisch																																																
<input type="checkbox"/> Afro-Karibisch	<input type="checkbox"/> Südasiatisch																																																
<input type="checkbox"/> Südostasiatisch	<input type="checkbox"/> Gemischt																																																
<input type="checkbox"/> Andere																																																	

Bemerkungen: *Bitte in Blockschrift ausfüllen*