



Angaben zu Versicherung:

Klin. Chemie: 5317 Immuno/Infektsero: 5314
Hämatologie: 5310 Med. Genetik: 5300
Gerinnung: 5331 FACS: 5320

Rechnung an: Kopie an: Zust. Ärztin/Arzt (Tel. notieren):

- ☐ Patient/in
☐ Auftraggeber
☐ Versicherung

Datum/Zeit der Probenentnahme

Tag		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	30
Monat		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Stunde		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20
Minute		00	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55

☐ Klinische Angaben

☐ Schwangerschaft (SSW):

ANAMNESE

Erforderliche Angaben für eine vollständige Risikoanalyse

Geburtsdatum: Gewicht: kg Grösse: cm
Ethnische Herkunft: Raucherin: ☐ ja ☐ nein
Diabetes: ☐ ja ☐ nein Insulinpflicht: ☐ ja ☐ nein Gestationsdiabetes: ☐ ja ☐ nein

Konzeption

☐ spontan ☐ IVF/ICSI Transfer (dd/mm/yy): Typ: ☐ Normal
Befruchtung (dd/mm/yy): ☐ tiefgefrorene Eizellen
Geburtsdatum Spenderin (dd/mm/yy): ☐ Embryospende
Eizellenentnahmedatum: ☐ Eizellspende

☐ Vorangegangene anomale Schwangerschaft ☐ T21 ☐ Aborte / Fehlgeburten
☐ T18 ☐ Neuralrohrdefekt
☐ T13 ☐ Andere Anomalien

UNTERSUCHUNG

1. + 2. TRIMESTER-TEST Bitte klinische Daten unten ausfüllen

- ☐ 1. Trimester-Screening (hCG, PAPP-A)
☐ 2. Trimester-Screening (AFP, hCG) ☐ AFP einfach (α -Fetoprotein)

1. TRIMESTER: PRÄEKLAMPSIE (PE) Bitte Angaben auf Rückseite ausfüllen

- ☐ PLGF, PE-Screening
☐ PLGF nur Wert

KLINISCHE DATEN

Ultraschall (dd/mm/yy): Name/Stempel des Ultraschall-Arzt:
☐ FMF zertifiziert ① Scheitel-Steiss-Länge (STL) Fetus 1: mm
Anzahl der Feten: ☐ 1 ☐ 2 Nackentransparenz NT Fetus 1: mm
Chorionizität bei Zwillings-Schwangerschaft: Scheitel-Steiss-Länge (STL) Fetus 2: mm
☐ monochorial-monoamnial Nackentransparenz NT Fetus 2: mm
☐ monochorial-diamnial BIP nur für 2. Trimester-Screening: mm
☐ dichorial-diamnial
Vanishing Twin: ☐ ja ☐ nein
Bemerkungen:

ANAMNESE

Parität (SSW > 23) Anzahl Geburten in Woche 16 - 23
Woche 31 - 36
in/nach Woche 37
Vorausgegangene Schwangerschaften mit Zwillingen ☐ nein ☐ ja
Intervall letzte Schwangerschaft (in Jahren) Jahre
vorheriges Baby Gewicht g SSW bei Geburt
Chronische Hypertonie ☐ nein ☐ ja
Systemischer Lupus erythematodes ☐ nein ☐ ja
Anti-Phospholipid-Syndrom ☐ nein ☐ ja
Präeklampsie bei Mutter der Schwangeren ☐ nein ☐ ja
Präeklampsie in vorausgegangener Schwangerschaft ☐ nein ☐ ja

BLUTDRUCK

Bitte jeweils 2 Messungen durchführen

linker Arm

RR systolisch 1 RR diastolisch 1
RR systolisch 2 RR diastolisch 2

rechter Arm

RR systolisch 1 RR diastolisch 1
RR systolisch 2 RR diastolisch 2

ARTERIA UTERINA DOPPLER-SONOGRAPHIE

A. uterina PI links A. uterina PI rechts
A. uterina PSV links A. uterina PSV rechts

BEMERKUNGEN

- ☐ Präeklampsie-Screening als Erweiterung des 1. TT
☐ Teilnehmerin Studie

Mein Entscheid zur Aufbewahrung meiner Blutprobe:

Ja, ich gebe mein Einverständnis, dass mein Untersuchungsgut für allfällige Untersuchungen in meinem Interesse aufbewahrt wird.
Mein Untersuchungsgut darf - nach Anonymisierung - für medizinische Forschung eingesetzt werden.

- ☐ Nein, ich verweigere die weitere Verwendung meines Untersuchungsgutes.

Unterschrift
(Eltern / rechtlicher Vertreter wo nötig)

Ort und Datum

Weitere Informationen zu Aufträgen

Im Unterauftrag vergebene Analysen, in-house IVD und Analysen, die im nicht-akkreditierten Bereich durchgeführt werden, können dem elektronischen Laboranalysenverzeichnis (www.ksa.ch/labormedizin) entnommen werden.
Wenn Angabe Rechnungsempfänger fehlt, geht die Rechnung an den Auftraggeber.

Blutprobe muss nach Gerinnung sofort zentrifugiert werden (innerhalb max. 6 h) und bei 4°C oder tiefgekühlt gelagert werden, wenn es nicht am Entnahmetag im Labor eintrifft.

- ❶ Für FMF-zertifizierte Gynäkologen erfolgt die Risiko-Berechnung mit der Software FastScreen.