



DOTAZNÍK – I. TRIM. SCREENING (vrozené vývojové vady)

Příjmení, jméno:

Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliště vč. PSČ:

Telefonní číslo:

Výška: _____

Gynekolog: _____

Váha: _____

Datum PM: _____

Způsob otěhotnění:

a) spontánní b) indukce ovulace c) inseminace

d) IVF – vlastní vajíčka (uvedte datum jejich odběru)

e) IVF – darovaná vajíčka (uvedte datum jejich odběru a věk dárkyně)

Počet těhotenství (vč. přerušení, samovolných potratů):

Počet porodů:

V jakém týdnu těhotenství jste rodila?

Datum narození posledního dítěte:

Odběr plodové vody nebo odběr choriových klků v předchozích těhotenstvích:

ANO – NE

Vývojová vada u předchozího dítěte:

Léčíte se s nemocemi:

a) vysoký tlak

ANO – NE

b) cukrovka

ANO – NE

c) systémový lupus erythematodes

ANO – NE

d) antifosfolipidový syndrom

ANO – NE

e) jiné: _____

Užíváte nějaké léky? (jaké?)

Kouříte? (uvedte počet cigaret/den)

ANO – NE

Komplikace v současném těhotenství:
