ANALYTICA
MEDIZINISCHE LABORATORIEN AG

ANALYTICA MEDIZINISCHE LABORATORIEN AG
Falkenstrasse 14 · 8024 Zürich
Tel 044 250 50 50 · Fax 044 250 50 51

Dr. med. B. Feusi · Dr. sc. nat. A. Jaeger · Dr. med. G. Printzen · Dr. med. N. Shayanfar

ERSTTRIMESTER-TEST / PRÄEKLAMPSIE

Einsender:

Name | Geb.-Datum

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ | Ort

Kopie an: _____

Verschreibender Arzt:

Bitte benachrichtigen Sie uns per:
☐ Telefon ☐ Fax

Rechnung an:
☐ Kasse/Patientin ☐ Auftraggeber ☐ Selbstzahlerin

☐ **1. Trimester** ☐ **Präeklampsie**

Angaben zur Patientin und zur Schwangerschaft

Für die biochemische Bestimmung wurde Serum entnommen am: ____ /____ /_____ **um** ____ : ____ **Uhr**

Ethnische Herkunft
☐ Kaukasisch (weiss) ☐ Afrikanisch (schwarz)
☐ Südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam)
☐ Ostasiatisch (China, Japan, Korea) ☐ Südasiatisch (Bangladesch, Indien, Pakistan)
☐ andere _____

Diabetes mellitus
☐ nein ☐ ja: ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 (☐ diätetisch ☐ insulinabhängig)
☐ Gestationsdiabetes (☐ diätetisch ☐ insulinabhängig)

Anomalien in früheren Schwangerschaften
☐ nein
☐ ja, Geburt(en) oder Abort(e) mit:
☐ Trisomie 21 ☐ Trisomie 18 ☐ Trisomie 13 ☐ Neuralrohrdefekt
☐ andere Anomalien: _____

Gewicht der Schwangeren _____ kg

Grösse der Schwangeren _____ cm

Raucherin ☐ nein ☐ ja, Anzahl Zigaretten: ____ Stück / Tag

Gravidität nach IVF/ICSI
☐ nein
☐ ja
Datum der Eizellentnahme (1TT): ____ /____ /_____
Datum der Eizellspende (1TTS): ____ /____ /_____
Befruchtungsdatum: ____ /____ /_____
Transferdatum befruchtete Eizelle: ____ /____ /_____
Falls Spende, Geburtsdatum der Eizellspenderin: ____ /____ /_____

Ultraschall

Durchgeführt am: ____ /____ /_____ **um** ____ : ____ **Uhr**

Scheitel-Steiss-Länge ____ . ____ mm Fet 1 Scheitel-Steiss-Länge ____ . ____ mm Fet 2
(Ersttrimester-Test: SSL 45 – 84 mm
Präeklampsie: SSL 45 – 83 mm)

Nackentransparenz *(NT)* ____ . ____ mm Fet 1 Nackentransparenz ____ . ____ mm Fet 2

Anzahl Feten _____

Bei Zwillingsschwangerschaft ☐ dichorial-diamnial ☐ monochorial-monoamnial ☐ monochorial-diamnial
Schwindender Zwilling: ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen: _____

Zur Erinnerung: Eine umfassende Information der Schwangeren über diese pränatale Untersuchung und mögliche Konsequenzen ist erforderlich.

Präanalytik: Die Blutprobe nach vollständiger Gerinnung zentrifugieren, das Serum abtrennen und im Kühlschrank aufbewahren. **Das Serum muss am Entnahmetag gekühlt im Labor eintreffen.** Ansonsten muss das Serum eingefroren und zu einem späteren Zeitpunkt tiefgekühlt ins Labor transportiert werden.

Ergänzende Angaben zum PRÄEKLAMPSIE-SCREENING >>>

Essenzielle ergänzende Angaben für das Präeklampsie-Screening

Bitte die anamnestischen Angaben auf der Vorderseite ebenfalls komplettieren!

Anamnese

Parität _____

Vorausgegangene Schwangerschaft(en):
- Jahre zwischen letzter Geburt und errechnetem Geburtstermin: _____
- Spontane Geburt(en) — Anzahl in SSW 16 – 30: _____ Anzahl in SSW 31 – 36: _____
- Entbindung(en) — Anzahl in oder nach SSW 37: _____
- Vorausgegangene Zwillingsschwangerschaft ☐ ja ☐ nein
- Frühere Schwangerschaft mit Präeklampsie ☐ ja ☐ nein
- Vorheriges Baby — GA bei Geburt (W+T): _____ Geburtsgewicht: _____ g

Chronische Hypertonie ☐ ja ☐ nein
Systemischer Lupus erythematodes ☐ ja ☐ nein
Anti-Phospholipid-Syndrom ☐ ja ☐ nein
Präeklampsie bei der Mutter der Schwangeren ☐ ja ☐ nein
Konzeption ☐ spontan ☐ Auslösung des Eisprungs ohne IVF

Blutdruck

Bitte jeweils 2 Messungen (siehe Anleitung zur Blutdruckmessung)

Linker Arm
RR systolisch 1 _____ mmHg RR diastolisch 1 _____ mmHg
RR systolisch 2 _____ mmHg RR diastolisch 2 _____ mmHg

Rechter Arm
RR systolisch 1 _____ mmHg RR diastolisch 1 _____ mmHg
RR systolisch 2 _____ mmHg RR diastolisch 2 _____ mmHg

Anleitung zur Blutdruckmessung

1. Das Blutdruckgerät muss zertifiziert sein für Messungen in der Schwangerschaft!
2. Die Patientin muss in der Ruhe sein (daher Blutentnahme für die biochemische Messung erst danach durchführen), in halb liegender Position mit Blutdruckmanschette etwa auf Herzhöhe.
3. Den Blutdruck 1x am rechten Arm messen, anschliessend 1x am linken Arm, direkt danach nochmals je 1x rechts und 1x links messen. Aus diesen Messungen wird der gemittelte Druck* bestimmt und für die Risiko-Berechnung eingesetzt.

** mean arterial pressure: MAP = (2x diastolischer + 1x systolischer BD):3*

Fakultativ

Die Berechnung des Präeklampsie-Risikos kann auch ohne Doppler-Sonographie erfolgen. Konsequenz ist eine gewisse Reduktion in der Test-Sensitivität (s. Labor-Info vom Januar 2018). Für die Durchführung dieser Doppler-Sonographie ist eine Zertifizierung empfehlenswert (s. FMF London), die Akademie fetomaternale Medizin (AFMM) erarbeitet Richtlinien für die Schweiz.

Ultraschall

Doppler-Sonographie der Arteria uterina
A. uterina PI links _____
A. uterina PSV links _____
A. uterina PI rechts _____
A. uterina PSV rechts _____

Entscheid der Schwangeren zur Aufbewahrung Ihrer Blutprobe:

☐ Ja, ich gebe mein Einverständnis, dass meine Blutprobe für allfällige, ergänzende Untersuchungen in meinem Interesse aufbewahrt wird.
☐ Meine Blutprobe darf nach Anonymisierung für medizinische Forschung eingesetzt werden.
☐ Nein, ich möchte nicht, dass mein Untersuchungsgut weiterverwendet wird.

Unterschrift der Schwangeren: _____ Ort und Datum: _____

Unterschrift rechtliche/r Vertreter/in: _____ Ort und Datum: _____
(falls erforderlich)

MUSTER
BITTE NICHT DRUCKEN