



Einsender:

Dr. med. P. Isler  
Dr. med. A. Isler

Dr. med. A. Sattler  
Dr. med. M. Mosimann

Dr. phil.-nat. B. Mani  
Dr. sc. nat. A. Jaeger

Dr. sc. ETH R. Graf  
Dr. med. N. Shayanfar

Name Geburtsdatum

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ Ort

Kopie an:

Verschreibende Ärztin / Arzt:

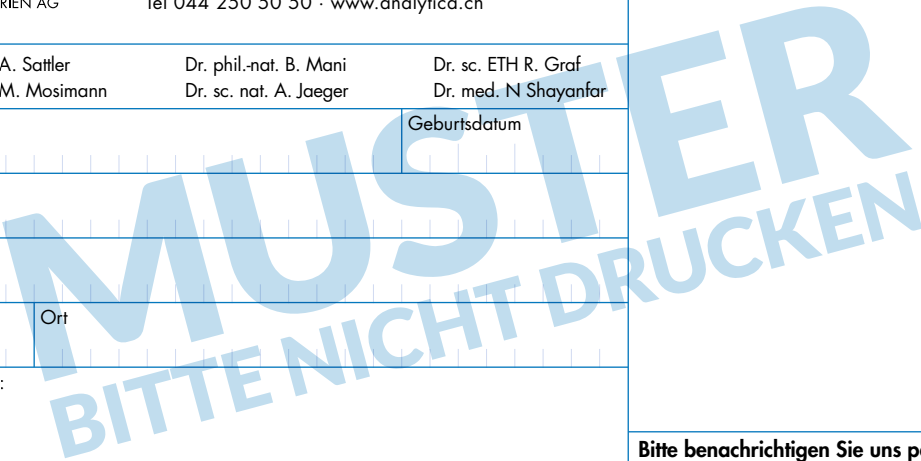
**Bitte benachrichtigen Sie uns per:**

Telefon  Fax

**Rechnung an:**

Kasse/Patientin  Auftraggeber  Selbstzahler

**1. Trimester**  **Präeklampsie**



**Angaben zur Patientin und zur Schwangerschaft**

Für die biochemische Bestimmung wurde Serum entnommen am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ um \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr

Ethnische Herkunft

- Europäisch + Nordafrikanisch  Afro-Karibisch
- Südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam)
- Ostasiatisch (China, Japan, Korea)  Südasiatisch (Bangladesch, Indien, Pakistan)
- andere \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus

- nein  ja:  Typ 1  Gestationsdiabetes
- Typ 2  diätetisch  insulinabhängig  diätetisch  insulinabhängig

Anomalien in früheren Schwangerschaften

- nein
- ja, Geburt(en) oder Abort(e) mit:  
 Trisomie 21  Trisomie 18  Trisomie 13  Neuralrohrdefekt  Abort unbekannter Ursache
- 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: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Datum der Eizellspende: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- falls Spende, Geburtsdatum der Eizellspenderin: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Befruchtungsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Transferdatum der befruchteten Eizelle: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Ultraschall**

Durchgeführt am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ um \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr

Scheitel-Steiss-Länge \_\_\_\_\_ mm Fet 1      Scheitel-Steiss-Länge \_\_\_\_\_ mm Fet 2  
(SSL 45 – 84 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:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wichtig:**

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.

## 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: \_\_\_\_\_ Anzahl in SSW 16–30: \_\_\_\_\_ Anzahl in SSW 31–36: \_\_\_\_\_
- Spontane Geburt(en) Anzahl in oder nach SSW 37: \_\_\_\_\_
- Entbindung(en)  ja  nein
- Vorausgegangene Zwillingschwangerschaft  ja  nein
- Frühere Schwangerschaft mit Präeklampsie  ja  nein
- Vorheriges Baby GA bei Geburt (W+T): \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g

- Chronische Hypertonie  ja  nein
- Systemischer Lupus erythematoses  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 Blutdruckmessung muss im Ruhezustand und in halb liegender Position mit Blutdruckmanschette etwa auf Herzhöhe durchgeführt werden (daher Blutentnahme für die biochemische Messung erst danach durchführen).
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:  $MAP = (2 \times \text{diastolischer} + 1 \times \text{systolischer BD}) : 3$

### Fakultativ

Die Berechnung des Präeklampsie-Risikos kann auch ohne Doppler-Sonographie erfolgen. Konsequenz ist eine gewisse Reduktion in der Test-Sensitivität (s. SGGG Expertenbrief). Für die Durchführung dieser Doppler-Sonographie ist eine Zertifizierung empfehlenswert.

### Ultraschall

Doppler-Sonographie der Arteria uterina

A. uterina PI links \_\_\_\_\_  
A. uterina PI rechts \_\_\_\_\_