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

# AFP PLUS*

Einsender:

Name

Geb.-Datum

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ

Ort

Kopie an:

Bitte benachrichtigen Sie uns per:
☐ Telefon ☐ Fax

Rechnung an:
☐ Kasse / Patientin ☐ Auftraggeberln ☐ Selbstzahlerin

Verschreibender Arzt:

MUSTER
BITTE NICHT DRUCKEN

*Optimale SSW: 15 0/7 – 18 6/7. Die Untersuchung kann bis zu einem Gestationsalter von max. 22 6/7 Wochen durchgeführt werden.

## Pränatale Risikobestimmung für Neuralrohrdefekte und Trisomie 21 aus dem mütterlichen Serum

**Entnahmedatum:** ____ / ____ / _____ **um** ____ : ____ **Uhr** **Untersuchungsmaterial:** ☐ Vollblut (10 ml) ☐ Serum (2-3 ml)

## Klinische Angaben

**Gewicht der Schwangeren:** ____ kg **Gravidität nach IVF / ICSI?** ☐ Ja ☐ Nein

**Datum LP:** ____ / ____ / _____ **Datum gesichert?** ☐ Ja ☐ Nein

**Ultraschall durchgeführt am:** ____ / ____ / _____ **um** ____ : ____ **Uhr**

**Anzahl Feten:** _____ (Zwillingsschwangerschaften berechenbar)

**BIP:** ____ mm **SSL:** ____ mm (entspricht ____ Wochen + ____ Tage)

**Wurde in dieser Schwangerschaft bereits eine invasive Pränataldiagnostik durchgeführt / versucht?**

☐ Ja, Datum: ____ / ____ / _____ ☐ Nein

Wenn Ja: ☐ Amniozentese ☐ Chorionbiopsie

## Anamnestische Angaben

**Diabetes mellitus**: ☐ Nein ☐ Ja, insulinabhängig ☐ Gestationsdiabetes

**Raucherin:** ☐ Nein ☐ Ja, Zigaretten / Tag: ____

**Ethnische Herkunft:** ☐ Kaukasisch (weiss) ☐ Afrikanisch (schwarz) ☐ Asiatisch
☐ Andere _____

**Vorausgegangene Schwangerschaften:** ☐ Geburt(en): ____ ☐ Abort(e): ____ Schwangerschaft(en) mit: ☐ Trisomie 21
☐ Neuralrohrdefekt
☐ Andere Anomalien

**Bemerkungen:** _____

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

☐ Bitte schicken Sie mir neue Formulare zu.