

Einsender:

Dr. phil.-nat. B. Mani Dr. sc. nat. A. Jaeger Dr. med. N. Shayanfar

Name Geb.-Datum

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ Ort

Kopie an:

Verschreibender Arzt:

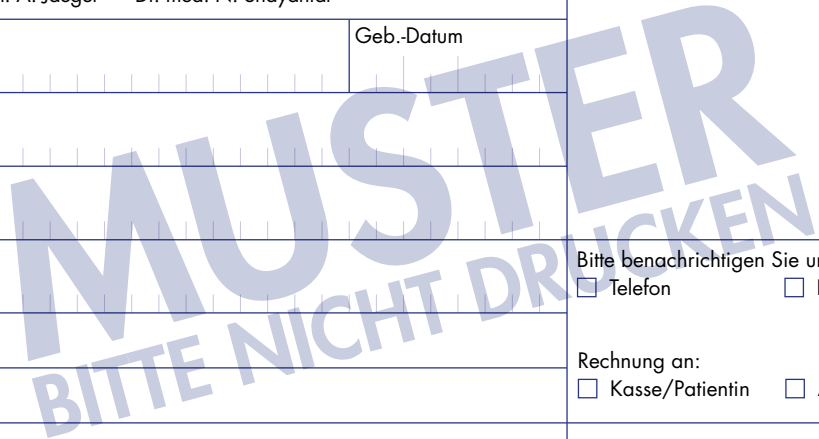
Bitte benachrichtigen Sie uns per:

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

*(Erstrimester-Test: SSL 45 – 84 mm
Präeklampsie: SSL 45 – 83 mm)*

Nackentransparenz (NT) mm Fet 1 Nackentransparenz mm Fet 2

Anzahl Feten

Bei Zwillingschwangerschaft 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.

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 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: $MAP = (2 \times \text{diastolischer} + 1 \times \text{systolischer BD}) : 3$

Fakultativ

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