

PRENÁTÁLNÍ SCREENING VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD

biochemická, hematologická,
imunologická, a mikrobiologická



Česká Laboratorní s.r.o.

zelená linka: 800 555 858

příjem: 271 775 406

ve spolupráci s

GENNET CZ, s.r.o.

tel.: 222 313 000, 222 313 118

www.ceskalaboratorni.cz

Č. pojištění

Jméno

Příjmení

Pojišť.

Zákl. diag.

Odběr: datum

čas

Prenatální screening

1. trimestr – 10. týden

PAPP A, volný β -hCG

2. trimestr – 15. – 17. týden

AFP, β -hCG, volný estriol

Informace o plodu

PM: Hmotnost:

Datum UZ: Počet plodů:

Gestační stáří dle UZ: Týden

Den:

CRL: (mm) BPD: (mm)

NT: (mm) NB: ano/ne/neměřena

IVF: ANO NE

Screening prvního trimestru proveden* ANO NE

Vyšetřil Dr.:

Protokol screeningu Downova syndromu a dalších vad:

- 1) Při první návštěvě prenatální poradny je matka informována o možnosti screeningu vrozených vad. Matky nad 35 let v termínu jsou doporučeny ke genetické konzultaci.
- 2) V 10 týdnu je odebrána krev na PAPP-A a volný β -hCG (5 ml srážlivé krve).
- 3) Ve 12. týdnu je ultrazvukem změřena nuchální translucence (NT) a zjištěna přítomnost nosní kosti (NB) plodu. Matky s významně nižší hodnotou PAPP-A, vyšší nuchální translucencí (NT) nebo při chybění nosní kosti (NB) plodu jsou odeslány ke konzultaci do centra prenatální diagnostiky.
- 4) **Ve 15. - 17 týdnu je u ostatních matek provedeno vyšetření minimálně alfafetoproteinu (AFP) a choriového gonadotropinu (β -hCG) (5 ml srážlivé krve). V krvi matek plodů s Downovým syndromem je typicky snížen AFP a zvýšen T-hCG. Ke konečnému výpočtu rizika vrozené vady plodu jsou užity všechny známé výsledky (tzn. PAPP-A, NT, NB, AFB, β -hCG, volný β -hCG). Vyšetření dalšího screeningového markeru – volného estriolu ($uE3$) může odhalit riziko některých vzácnějších vad (např. SMith-Lemli-Opitzův syndrom, Edwardsův syndrom, deficit steroid-sulphatasy) nebo poruch placenty s rizikem komplikací na konci těhotenství.**
- 5) Screening je ukončen ultrazvukovým vyšetřením ve 20. týdnu zaměřeným podle dosavadního průběhu těhotenství.

*Vyplňuje se pouze pro screening 2 trimestru.

Poznámky:

IČZ:

Jméno a podpis lékaře: