lg1 Laborgemeinschaft 1 Medizinisches Labor

Laborleitung FAMH:
Fatime Imeri, Dr. med., dipl. Mikrobiol.
Hanspeter Hinrikson, Dr. sc. nat.
Raffaele Curcio, Dr. sc. nat.

Rautistrasse 11, 8047 Zürich
T 044 404 20 80
F 044 404 20 88
lg1@lg1.ch, www.lg1.ch

Greifengasse 18, 4058 Basel
T 061 261 66 13
F 061 261 66 05
basel@lg1.ch, www.lg1.ch

GYNÄKOLOGIE
Pränataldiagnostik

PATIENTENANGABEN

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Strasse .....

PLZ/Ort .....

☐ Befundkopie Patientin

☐ Befundkopie Arzt/Ärztin: .....

AUFTRAGGEBER/IN (NAME, ADRESSE)

ARZT/ÄRZTIN ULTRASCHALL:

☐ Fax (Praxis): .....

RECHNUNG AN

☐ Krankenkasse: .....

☐ Andere: .....

ANGABEN ZUR PATIENTIN UND ZUR SCHWANGERSCHAFT

ERSTTRIMESTERTEST

Probenmaterial: *Serum mit Trenngel (010) ggf. Versandröhrchen für gefrorenes Serum (021a)*
WICHTIG: Blut innerhalb einer Stunde zentrifugieren, Serumröhrchen bis zum Versand im Kühlschrank aufbewahren.
Dieses Serumröhrchen muss am Entnahmetag gekühlt im Labor eintreffen. Ansonsten muss das Serum in ein Versandröhrchen überführt, eingefroren und zu einem späteren Zeitpunkt tiefgekühlt *(Versand-Set für Kühltransport)* **ins Labor transportiert werden.**

Allgemein
Blutentnahme-Datum: ..... Gewicht der Patientin: ..... kg
Ultraschall-Datum: ..... Grösse der Patientin: ..... cm

Ethnische Herkunft
☐ Europäisch und Nordafrika (Europa, Latein- und Nordamerika, Nahost, Nordafrika)
☐ Südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam) ☐ Ostasiatisch (China, Japan, Korea)
☐ Südasiatisch (Bangladesch, Indien, Pakistan) ☐ Afro-Karibisch (Afrika, Karibik, Afroamerikanisch)
☐ Gemischt ☐ Andere: .....

Diabetes mellitus
☐ Nein ☐ Ja ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ *diätetisch* ☐ *insulinabhängig*
☐ Gestationsdiabetes ☐ *diätetisch* ☐ *insulinabhängig*

Raucherin
☐ Nein ☐ Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag: .....

Anomalien in früheren Schwangerschaften
☐ Nein ☐ Ja, mit: ☐ Trisomie 21 ☐ Trisomie 18 ☐ Trisomie 13
☐ Neuralrohrdefekt ☐ Fehlgeburt
☐ Andere Anomalien: .....

Gravidität nach IVF/ICSI
☐ Nein
☐ Ja, Daten: Eizellentnahme ..... / Befruchtung ..... / Transfer .....
Falls Fremdspende; Geburtsdatum Eizellspenderin: .....

Ultraschall
(SSL: 45–84 mm)
Anzahl Feten: .....
SSL ....., ... mm *Fet 1* SSL ....., ... mm *Fet 2*
NT ....., ... mm *Fet 1* NT ....., ... mm *Fet 2*

Zwillingsschwangerschaft
☐ dichorial-diamnial ☐ monochorial-monoamnial ☐ monochorial-diamnial
Schwindender Zwilling: ☐ Nein ☐ Ja

Bemerkungen/weitere Angaben .....

Ergänzende Angaben zum Präeklampsie-Screening auf der Rückseite

NIPT

Panorama-Pränataltest
Spezielles Probenentnahmeset mit NIPT-Auftragsformular nötig.
Bitte **vorgängig** dieses NIPT-Set bei uns bestellen und Anleitung im Set zur Probengewinnung und -lagerung beachten.
Externe Analyse, Probentransport über Laborgemeinschaft 1

ZUR ERINNERUNG: Eine umfassende Aufklärung der Schwangeren über diese pränatalen Untersuchungen und mögliche Konsequenzen ist erforderlich.

lg1 Laborgemeinschaft 1 Medizinisches Labor

Laborleitung FAMH:
Fatime Imeri, Dr. med., dipl. Mikrobiol.
Hanspeter Hinrikson, Dr. sc. nat.
Raffaele Curcio, Dr. sc. nat.

Rautistrasse 11, 8047 Zürich
T 044 404 20 80
F 044 404 20 88
lg1@lg1.ch, www.lg1.ch

Greifengasse 18, 4058 Basel
T 061 261 66 13
F 061 261 66 05
basel@lg1.ch, www.lg1.ch

GYNÄKOLOGIE
Pränataldiagnostik

ANGABEN ZUR PATIENTIN UND ZUR SCHWANGERSCHAFT

AFP / AFP-PLUS-TESTS

Probenmaterial: *Serum mit Trenngel (010) ggf. Versandröhrchen für gefrorenes Serum (021a)*
WICHTIG: Blut innerhalb einer Stunde zentrifugieren, Serumröhrchen bis zum Versand im Kühlschrank aufbewahren. Dieses Serumröhrchen muss am Entnahmetag gekühlt im Labor eintreffen. Ansonsten muss das Serum in ein Versandröhrchen überführt, eingefroren und zu einem späteren Zeitunkt tiefgekühlt *(Versand-Set für Kühltransport)* **ins Labor transportiert werden.**

Bitte einen der beiden Tests ankreuzen und die anamnestischen Angaben auf der Vorderseite vervollständigen:

☐ **AFP PLUS-TEST:** **Zeitpunkt:** 15 + 0 bis 19 + 6 SSW. Schliesst Messung von freiem ß-HCG und AFP ein. Risikobewertung für Trisomie 21/18 und Neuralrohrdefekt.

☐ **AFP-TEST:** **Zeitpunkt:** 15 + 0 bis 19 + 6 SSW. Schliesst Messung von AFP ein. Nur Risikobewertung für Neuralrohrdefekt.

Allgemein Blutentnahme-Datum: ..... Gewicht der Patientin: ..... kg

Gestationsalter SS-Woche: ..... + Tage .....

Oder alternativ eine der folgenden Angaben

Datum der letzten Periode: .....

Ultraschall-Datum: ..... ➔ entsprach damals SS-Woche : ..... + Tage .....

ESSENZIELLE ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR DAS PRÄEKLAMPSIE-SCREENING

PRÄEKLAMPSIE-SCREENING

Bitte die anamnestischen Angaben auf der Vorderseite ebenfalls vervollständigen:

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: ☐ Nein ☐ Ja

Frühere Schwangerschaft mit Präklampsie: ☐ Nein ☐ Ja

Vorheriges Baby: GA bei Geburt (W+T): ..... Geburtsgewicht: ..... g

Chronische Hypertonie: ☐ Nein ☐ Ja

Systemischer Lupus erythematodes: ☐ Nein ☐ Ja

Anti-Phospholipid-Syndrom: ☐ Nein ☐ Ja

Präeklampsie bei der Mutter der Schwangeren: ☐ Nein ☐ Ja

Konzeption: ☐ spontan ☐ Auslösung des Eisprungs ohne IVF

Blutdruck

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

Ultraschall

Doppler-Sonographie der Arteria uterina:

Datum: .....

A. uterina PI links: ..... A. uterina PI rechts: .....

ZUR ERINNERUNG: Eine umfassende Aufklärung der Schwangeren über diese pränatalen Untersuchungen und mögliche Konsequenzen ist erforderlich.