

REQUEST FORM

NON-INVASIVE PRENATAL TESTING FOR FETAL CHROMOSOMAL ANEUPLOIDIES (Neinvasivní prenatalní test aneuploidii)

DEMOGRAPHIC INFORMATION (Demografické informace)							
Name: (Jméno)		Date of birth: (Datum narození)			Ref No: (Rodné číslo)		
Ethnicity: (Etnikum)	Caucasian (Kavkaz)	Chinese (Čínské)	Indo (Indo)	Filipino (Filipino)	Black (Black)	Mixed (Mixed)	Other (Jiné)
Weight: (Váha)	kg	Height: (Výška)	cm	ZP:			

HISTORY (Anamnéza)					
Gravida: (Gravidita)	Para: (Para)	Number of previous SAB: (Počet SAB)	Molar pregnancies: (Mol)	EPs: (GEU)	ToPs: (UPT)
Date of last delivery/abort: (Datum posledního porodu/potrátu)			Note: (Poznámka)		
Pregnancy affected by chromosomal or genetic disease: (Předchozí gravidita s chromozomální vadou)			Yes (Ano)	No (Ne)	Name of condition: (Název):
Family history of genetic diseases: (Pozitivní RA)			Yes (Ano)	No (Ne)	Note: (Poznámka):
Whether either parent of fetus(es) have chromosomal genetic disease: (Chromozomální vada u rodičů plodu)			Yes (Ano)	No (Ne)	Note: (Poznámka):

CURRENT PREGNANCY (Současná gravidita)								
LMP: (PM)	IVF:		Yes (Ano)	No (Ne)	HEPARIN THERAPY: (Heparinizace)		Yes No	
Date of USG scan: (Datum UZ)		GA at scan: (Gestační věk při UZ)		ww + (Týden)	d (den)	EDC: (Termín)		
No of fetuses: (Počet plodů)	Chorionicity: (Chorionicita)	DCDA	MCDA	MCMA	Size: (Velikost)			normal abnormal
Structure: (Struktura)	normal		abnormal	Specify: (Specifikujte)				
Vanishing twin syndrome (VTS): (Syndrom mizějícího dvojčete)		Yes (Ano)	No (Ne)					
Prior screening test: (Výsledek screeningu)		Yes (Ano)	No (Ne)	T21 risk: 1/		T18 risk: 1/		
Type of test: (Z testu)	Combined (Komb. test I. trim.)	US 1st trim only (Pouze UZ v I. trim.)	BCH I.st trim. only (Pouze biochemie v I. trim.)	BCH II.nd trim. (Triple test)	Integrated test (Integrovaný test)	No test (Žádný)		

SAMPLING (Odběr vzorku)				
Date/time of venipuncture: (Datum / čas odběru)		at GA (Gestační věk při odběru)	ww + (Týden)	d (den)
Date/time of centrifugation: (Datum / čas centrifugace)		Date of transport to BGI: (Datum transportu)		Signature: (Podpis)
Referred by Dr: (Doporučil)		e-mail:		
Screening coordinator Dr: (Koordinátor)				

REQUESTING CENTER	
Dr. David STEJSKAL, GENNET s. r. o., Kostelní 9, Praha 7, 170 00 CZECH REPUBLIC, phone: +420 222 313 000, info@prenascan.cz	Signature: (Podpis)

BGI	
Date/time received:	Signature: