

## Pränataldiagnostik

Name	<input type="checkbox"/> W		
Vorname	<input type="checkbox"/> M		
Strasse, Nr.	Geburtsdatum		
PLZ	Ort		
Telefon	Ihre Referenznummer		
E-Mail			
c/o (gesetzlicher Vertreter)			
Entnahmedatum	Uhrzeit	Grösse (cm)	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft
Visum Blutentnahme		Gewicht (kg)	SSW Tag
Grund der Aufnahme <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Prävention <input type="checkbox"/> Schwangerschaft			
Klinische Angaben / Fragestellung			

### Auftraggeber

### Befund

- Notfall  Tel. Bericht  Teilbefund  Beurteilung  
 Befundkopie an Patient   
 Befundkopie an andere:

### Rechnung

- Krankenkasse  Patient  Auftraggeber  Andere Versicherung:

Versichertennummer (bei IV: Verfügungsnummer und AHV):

Weitere Angaben:

### Untersuchungen

- S**  Ersttrimester-Test (SSL 45 - 84 mm) °   
SSW Tag   
**S**  Präeklampsie-Screening (SSL 45 - 84 mm) °   
**S**  Präeklampsie-Diagnostik (ab SSW 20; sFlt-1, PIgf)

- S**  AFP (SSW 14+1 bis 19+0)

### Material

- S**  Trengel-Serum  richtig  
 Gekühlt  falsch

### Angaben zur Patientin und zur Schwangerschaft für Ersttrimester-Test und Präeklampsie-Screening

Allgemeine Angaben: Gewicht der Patientin: \_\_\_\_\_ kg  
Grösse der Patientin: \_\_\_\_\_ cm

Wichtig: Blut nach vollständiger Gerinnung zentrifugieren und im Kühlschrank aufbewahren. Das Serumröhrchen muss am Entnahmetag gekühlt im Labor eintreffen, ansonsten das Serum abtrennen und einfrieren.

Rauchen:  nein  ja, Anzahl Zigaretten \_\_\_\_\_ pro Tag

- Afro-Karibisch  
 Gemischt  
 Andere \_\_\_\_\_

Ethnische Herkunft:  Europäisch + Nordafrikanisch  
 Südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam)  
 Südasiatisch (Bangladesch, Indien, Pakistan)  
 Ostasiatisch (China, Japan, Korea)

Diabetes:  nein  ja:  Typ 1  Typ 2  
 diätetisch  insulinabhängig  Gestationsdiabetes  
 diätetisch  insulinabhängig

Anomalien in früheren Schwangerschaften:  nein  ja:  Trisomie 21  Neuralrohrdefekt  
 Trisomie 13  Abort unbekannter Ursache  
 Trisomie 18  Andere \_\_\_\_\_

Schwangerschaft nach IVF/ICSI:  nein  ja: Datum der Eizellentnahme: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
Befruchtungsdatum: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
Datum des Embryotransfers: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
**Falls Eizellspende:** Geburtsdatum der Eizellspenderin: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

Ultraschall:  (SSL 45 – 84 mm) Datum des Ultraschalls: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
Anzahl Feten:  1  2  \_\_\_\_\_  
Scheitel-Steiss-Länge: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. mm Fetus 1  Scheitel-Steiss-Länge: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. mm Fetus 2  
Nackentransparenz: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. mm Fetus 1  Nackentransparenz: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. mm Fetus 2  
**Falls Zwillingsschwangerschaft:**  dichorial-diaminial  monochorial-monoaminal  monochorial-diaminial  
Schwindender Zwilling:  nein  ja

### Ergänzende Angaben für Präeklampsie-Screening

Blutdruck:  (Bitte jeweils 2 Messungen) Datum der Blutdruckmessung: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
**Linker Arm:** Blutdruck 1: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. mmHg  Rechter Arm:  
Blutdruck 2: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. mmHg Blutdruck 1: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. mmHg  
Blutdruck 2: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. mmHg

Bitte die Angaben auf der Rückseite zur Anamnese und zur Doppler-Sonographie der Arteria uterina (fakultativ) auch vervollständigen!

**Ergänzende Angaben für Präeklampsie-Screening**

<b>Anamnese:</b>	Parität: _____	Chronische Hypertonie: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja
<b>Vorausgegangene Schwangerschaft(en):</b>		
Anzahl Vorausgegangene Schwangerschaften (SSW > 23): _____		
Spontane Geburt(en): Anzahl in SSW 16-30: _____		
Anzahl in SSW 31-36: _____		
Anzahl in/nach SSW 31-37: _____		
Jahre zwischen letzter Geburt und errechnetem Geburtstermin: _____		
Vorheriges Baby:	Geburtsgewicht: _____ g	Antiphospholipid-Syndrom: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja
GA bei Geburt: _____ Wochen + _____ Tage		Frühere Schwangerschaften mit PE: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja
		PE bei der Mutter der Schwangeren: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja
		Konzeption: <input type="checkbox"/> Spontan
		<input type="checkbox"/> Auslösung des Eisprungs ohne IVF

<b>Ultraschall:</b>	<b>Doppler-Sonographie der Arteria uterina:</b>	
(fakultativ)	Datum der Doppler-Sonographie: _____ . _____ . _____	
	A. uterina PI links: _____	A. uterina PI rechts: _____

<b>Genetische Untersuchungen</b>		<b>Material</b>	
<b>NIPT (ab SSW 9+0):</b>		<b>SR</b> Cell-Free DNA BCT (Streck-Röhrchen)	<input checked="" type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch
<p><b>SR</b> <input type="checkbox"/> Screening auf häufigste Trisomien (NIPTbasis) °  T21, T18, T13</p> <p><input type="checkbox"/> + Screening auf Aneuploidien der Geschlechtschromosomen °  z.B. X0, XXX, XYY  (Eingeschränkt möglich bei Zwillingsschwangerschaft)</p> <p><input type="checkbox"/> + Screening auf Trisomien/Monomosomien sowie Deletionen und Duplikationen (<math>\geq 7\text{Mb}</math>) aller Chromosomen (NIPTerweitert) ° *</p>		<b>Wichtig:</b> Benötigt wird 1 Streck-Röhrchen Blut (10 ml) bzw. bei gleichzeitiger fetaler RhD-Bestimmung 2 Streck-Röhrchen (je 10 ml). Blutentnahme NICHT mit Butterfly-Nadeln durchführen! Bei Lagerung über Nacht und bei Temperaturen über 25°C empfehlen wir die Aufbewahrung im Kühlschrank.	
<p><b>SR</b> <input type="checkbox"/> Fetale Rhesus-D-Bestimmung (SSW 18 bis 24) °  (Eingeschränkt möglich bei Zwillingsschwangerschaft)</p> <p>Rhesus-D-Status der Schwangeren: <input type="checkbox"/> negativ <input checked="" type="checkbox"/> positiv</p> <p>Anti-D-Prophylaxe: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja</p>			

<b>Angaben zur Patientin und zur Schwangerschaft für NIPT</b> (Bitte vollständig ausfüllen)				
<b>Anamnese:</b>	<input type="checkbox"/> ETT-Risiko erhöht: T21: 1: _____ T13/18: 1: _____	<input type="checkbox"/> Kein ETT durchgeführt	<input type="checkbox"/> Wunsch	
	<input type="checkbox"/> Ultraschallbefund: _____	<input type="checkbox"/> Anderes: _____		
<b>Schwangerschaft:</b> SSW zum Zeitpunkt der Blutentnahme:	SSW _____ Tag _____	Zwillingsschwangerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja		
	+	Vanishing Twin: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja		
Gewicht der Patientin:	_____ kg			
Grösse der Patientin:	_____ cm			

<b>Einverständniserklärung</b>	
Ich bestätige, dass ich von der Ärztin / dem Arzt über die geplante Laboruntersuchung, sowie deren Kosten informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, den Test / die Tests durchführen zu lassen und die Kosten, bei fehlender Kostenübernahme der Krankenkasse, selbst zu bezahlen. Meine Proben / Resultate dürfen anonymisiert zu Forschungszwecken weiterverwendet werden: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	
Ort, Datum	Unterschrift Patientin
Ort, Datum	Unterschrift Ärztin / Arzt

<input type="checkbox"/> Weitere Analysen:
--