

## Pränataldiagnostik

Name		<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M
Vorname		Geburtsdatum
Strasse, Nr.		
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 ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Prävention ☐ 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

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

☐ S ☐ AFP (SSW 14+1 bis 19+0)

### Material

☐ S Trenngel-Serum ☐ richtig  
☐ Gekühlt ☐ falsch

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

<b>Allgemeine Angaben:</b>	Gewicht der Patientin: _____ kg Grösse der Patientin: _____ cm	<b>Wichtig:</b> Blut nach vollständiger Gerinnung zentrifugieren und im Kühlschrank aufbewahren. Das Serumröhrchen muss am Entnahmetag gekühlt im Labor eintreffen, ansonsten das Serum abtrennen und einfrieren.
<b>Rauchen:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl Zigaretten _____ pro Tag	

<b>Ethnische Herkunft:</b>	<input type="checkbox"/> Europäisch + Nordafrikanisch <input type="checkbox"/> Südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam) <input type="checkbox"/> Südasiatisch (Bangladesch, Indien, Pakistan) <input type="checkbox"/> Ostasiatisch (China, Japan, Korea)	<input type="checkbox"/> Afro-Karibisch <input type="checkbox"/> Gemischt <input type="checkbox"/> Andere _____
----------------------------	---	---

<b>Diabetes:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> diätetisch <input type="checkbox"/> insulinabhängig <input type="checkbox"/> diätetisch <input type="checkbox"/> insulinabhängig
------------------	---

<b>Anomalien in früheren Schwangerschaften:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Trisomie 21 <input type="checkbox"/> Neuralrohrdefekt <input type="checkbox"/> Trisomie 13 <input type="checkbox"/> Abort unbekannter Ursache <input type="checkbox"/> Trisomie 18 <input type="checkbox"/> Andere _____
---	--

<b>Schwangerschaft nach IVF/ICSI:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Datum der Eizellentnahme: ____ . ____ . ____ Befruchtungsdatum: ____ . ____ . ____ Datum des Embryotransfers: ____ . ____ . ____ <b>Falls Eizellspende:</b> Geburtsdatum der Eizellspenderin: ____ . ____ . ____
---------------------------------------	--

<b>Ultraschall:</b> (SSL 45 - 84 mm)	Datum des Ultraschalls: ____ . ____ . ____ Anzahl Feten: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ____ Scheitel-Steiss-Länge: ____ . ____ mm Fetus 1 Nackentransparenz: ____ . ____ mm Fetus 1 Scheitel-Steiss-Länge: ____ . ____ mm Fetus 2 Nackentransparenz: ____ . ____ mm Fetus 2 <b>Falls Zwillingsschwangerschaft:</b> <input type="checkbox"/> dichorial-diaminial <input type="checkbox"/> monochorial-monoaminal <input type="checkbox"/> monochorial-diaminial Schwindender Zwilling: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

### Ergänzende Angaben für Präeklampsie-Screening

<b>Blutdruck:</b> (Bitte jeweils 2 Messungen)	Datum der Blutdruckmessung: ____ . ____ . ____ <b>Linker Arm:</b> Blutdruck 1: ____ / ____ mmHg Blutdruck 2: ____ / ____ mmHg <b>Rechter Arm:</b> 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

**Anamnese:** Parität: \_\_\_\_\_

**Vorausgegangene Schwangerschaft(en):**

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

GA bei Geburt: \_\_\_\_\_ Wochen + \_\_\_\_\_ Tage

Chronische Hypertonie: ☐ nein ☐ ja

Systemischer Lupus erythematodes: ☐ nein ☐ ja

Antiphospholipid-Syndrom: ☐ nein ☐ ja

Frühere Schwangerschaften mit PE: ☐ nein ☐ ja

PE bei der Mutter der Schwangeren: ☐ nein ☐ ja

Konzeption: ☐ Spontan

☐ Auslösung des Eisprungs ohne IVF

**Ultraschall:** **Doppler-Sonographie der Arteria uterina:**

(fakultativ) Datum der Doppler-Sonographie: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

A. uterina PI links: \_\_\_\_\_ A. uterina PI rechts: \_\_\_\_\_

## Genetische Untersuchungen

### NIPT (ab SSW 9+0):

**SR** ☐ Screening auf häufigste Trisomien (NIPT<sub>basis</sub>) °

T21, T18, T13

☐ + Screening auf Aneuploidien der Geschlechtschromosomen °

z.B. X0, XXX, XXY, XYY

(Eingeschränkt möglich bei Zwillingschwangerschaft)

☐ + Screening auf Trisomien/Monosomien sowie Deletionen und Duplikationen (≥ 7Mb) aller Chromosomen (NIPT<sub>erweitert</sub>) ° \*

**SR** ☐ Fetale Rhesus-D-Bestimmung (SSW 18 bis 24) °

(Eingeschränkt möglich bei Zwillingschwangerschaft)

Rhesus-D-Status der Schwangeren: ☐ negativ ☐ positiv

Anti-D-Prophylaxe: ☐ nein ☐ ja

### Material

**SR** Cell-Free DNA BCT (Streck-Röhrchen)

☐ richtig

☒ falsch

**Wichtig:** 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.

## Angaben zur Patientin und zur Schwangerschaft für NIPT (Bitte vollständig ausfüllen)

**Anamnese:** ☐ ETT-Risiko erhöht: T21: 1: \_\_\_\_\_ T13/18: 1: \_\_\_\_\_ ☐ Kein ETT durchgeführt ☐ Wunsch

☐ Ultraschallbefund: \_\_\_\_\_ ☐ Anderes: \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft:** SSW zum Zeitpunkt der Blutentnahme: SSW Tag

			+		

Gewicht der Patientin: \_\_\_\_\_ kg

Grösse der Patientin: \_\_\_\_\_ cm

Zwillingschwangerschaft: ☐ nein ☐ ja

Vanishing Twin: ☐ nein ☐ ja

## Einverständniserklärung

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: ☐ nein ☐ ja

--	--

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

--	--

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

☐ Weitere Analysen: