

**DOTAZNÍK K ULTRAZVUKOVÉMU VYŠETŘENÍ ASTRAIA**

Děkujeme, že jste si vybrala naše pracoviště pro ultrazvukové vyšetření. Dotazník má za cíl usnadnit a urychlit vyšetření. Nabízíme Vám možnost vyplnit údaje v klidu doma a předejít dotazům v rámci samotného vyšetření.

Dotazník obsahuje citlivé osobní údaje a po jeho vyplnění se stává součástí Vaší zdravotnické dokumentace. Vyplněný dotazník prosím předejte personálu ultrazvukové gynekologické ambulance.

ASTRAIA (genetický program) – Prvotrimestrální screening genetických vad plodu se provádí v 11. až 14. týdnu těhotenství. Cílem je především odhalení Downova syndromu u plodu, ale i dalších genetických syndromů. Screening je kombinací:

- ultrazvukového vyšetření plodu mezi týdny 11+0–13+6,
- hodnot vyšetření krve matky v 11.–12. týdnu těhotenství (hladiny biochemických markerů – PAPP-A a free beta hCG),
- anamnestických údajů uvedených v tomto dotazníku.

Osobní údaje matky	
Jméno, příjmení, titul	
Rodné číslo	
Zdravotní pojišťovna (číslo)	
Adresa trvalého bydliště, PSČ	

Anamnéza matky	
<b>Datum poslední menstruace</b>	
<b>Aktuální váha</b>	
<b>Aktuální výška</b>	
<b>Kouříte?</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – kolik denně ..... <input type="checkbox"/> přestala jste v průběhu těhotenství - kdy ....., kolik jste kouřila .....
<b>Užíváte léky?</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – jaké: ..... .....
<b>Komplikace v současném těhotenství</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – jaké: ..... .....
<b>Podstoupila jste v předchozím těhotenství odběr plodové vody (amniocentézu) nebo biopsii choriových klků (CVS)?</b>	<input type="checkbox"/> ano – z jakého důvodu, pokud si jej pamatujete: .... ..... ..... <input type="checkbox"/> ne

<b>Měla jste vysoký krevní tlak v minulém těhotenství?</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
<b>Rizikové faktory pro předčasný porod</b>	Chirurgický výkon na děložním čípku <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Anomálie dělohy <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>Kolikrát je to Vaše těhotenství?</b>	
<b>Kolikrát jste rodila a v kterém týdnu těhotenství?</b>	
<b>Datum posledního porodu a porodní hmotnost dítěte</b>	
<b>Léčíte se s nemocemi?</b>	Systémový lupus erythematodes <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Antifosfolipidový syndrom <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>Jste mimo těhotenství sledována a léčena pro nějaké jiné chronické onemocnění?</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – jaké: ..... .....
<b>Způsob otěhotnění</b>	<input type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> indukce ovulace <input type="checkbox"/> inseminace <input type="checkbox"/> IVF <ul style="list-style-type: none"> <li>• transfer čerstvých vajíček – datum jejich odběru: .....</li> <li>• transfer zamražených vajíček – datum jejich odběru: .....</li> <li>• transfer darovaných vajíček – datum jejich odběru: .....</li> </ul> a věk dárkyně: .....
<b>Poznámky</b>	

### Prohlášení těhotné

- Prohlašuji, že jsem uvedený dotazník vyplnila dobrovolně a že jsou všechny údaje pravdivé.  
 V případě výskytu nových skutečností na ně personál bezprostředně upozorním.

<b>Místo</b>	<b>V Hořovicích</b>
<b>Datum</b>	
<b>Podpis těhotné</b>	
<b>Datum převzetí a podpis přebírajícího</b>	