Logo ustanove	*PODACI ZA KOMBINOVANI SKRINING TEST U 1. TRIMESTRU TRUDNOĆE (11– 13+6 NG)*	Strana 1 od 1

***Ime i prezime :**

***Datum rođenja** :

***Telefon** :

***Nuhalni nabor NT (mm):** ***Datum UZV pregleda:**

***Tjeme – trtica CRL (mm):**

***Gestacijska dob po UZV (NG+dan):**

Nosna kost : prisutna (+) ; Nosna kost: odsutna (-) ; Nosna kost : (nije definisano)

*****Blizanačka trudnoća (broj posteljica)

***Datum poslednje menstruacije**: ***Težina:**

***Da li je trudnica pušač:** **da** **ne**

***Da li je trudnica inzulin-zavisni dijabetičar:** **da** **ne**

Dijete u ranijoj trudnoći :	Trisomija 21	da	ne
	Trisomija 18-13	da	ne
	Oštećenja neuralne cijevi (NTD)	da	ne

***Vantjelesna oplodnja: da (datum)**

***Ime i prezime doktora medicine:** ***Potpis doktora medicine:**

Datum uzimanja krvi:

(vensku krv uzeti u roku 48 sati od UZV)

* obavezno popuniti