

Abnahme-Zeit
H H M M

Nachbestellung von Auftragsformularen

☐ 100 Stück

☐ Drittzahler

Für molekulargenetische Untersuchungen benötigen wir EDTA-Vollblut.
Das Röhrchen darf zum Schutz vor Kontamination nicht geöffnet werden.
Einverständniserklärung zu allen genetischen Untersuchungen erforderlich (siehe unten).

□ Apo E Gen (ε2,ε3,ε4)

LCT Gen T-13910C

☐ DPYD Gen (Exon 14-skipping mut.)

□ DNA-Extraktion

① Kostenübernahme durch die Krankenversicherung gemäss KVG bei Verordnung durch einen Arzt/eine Ärztin mit eidg. Weiterbildungstitel in klin. Pharmakologie und Toxikologie. Bitte wenden Sie sich ggf. an die Klinik für Klinische Pharmakologie und Toxikologie des USZ:
Tel: 044 255 27 70 oder e-mail: pharmakologie@usz.ch
Limitationen: Analyseliste des BAG "Pharmakogenetische Analyse".

② Kostenübernahme durch die Krankenversicherung gemäss KVG durch alle Ärzte/Ärztinnen unabhängig von Weiterbildungstitel.
Limitationen: Analyseliste des BAG "Pharmakogenetische Analyse".

③ Separates EDTA Röhrchen

Einwilligung zur genetischen Untersuchung

Ich bestätige hiermit, dass ich den oben genannten Patienten über die genetische Untersuchung gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) hinreichend aufgeklärt habe, und dass der Patient dieser Untersuchung zugestimmt hat.

Das Probenmaterial darf für Qualitätssicherungsmassnahmen und zur Entwicklung und Evaluation neuer Tests am Institut für Klinische Chemie verwendet werden. ☐ Ja ☐ Nein

Zuweisender Arzt: Name und Adresse (vollständig + Stempel):

Ort und Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen:

Bitte in Blockschrift ausfüllen

externe Referenznummer

Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ/Ort:

☐ Befundkopie an:

Markierung

Richtig

Falsch

Einsendercode
Auftraggeber

Bitte
jedes
Röhrchen
nach
Blutentnahme
5 mal
sorgfältig
kippen!

Labornummer



Pränataldiagnostik

Perinataldiagnostik (Fruchtwasser)

Nativ-Röhrchen

PRÄNATALE EINZELPARAMETER

Vacutainer rot (Serum)

☐ AFP im Fruchtwasser

4

☐ freies β -HCG (ohne Risikobewertung)

5

☐ PAPP-A (ohne Risikobewertung)

5

☐ AFP (ohne Risikobewertung)

4

☐ 1. Trimester Screening (freies β -HCG + PAPP-A) ohne Risikobewertung

5

Schwangerschaftsdauer:

Wochen:

Tage:

Diagnose:

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Therapie:

Bitte in Blockschrift ausfüllen

☐ 1. Trimester Screening

Zeitpunkt: 45-84 mm SSL. Schliesst Messung des freien b-HCG und PAPP-A ein

5

Gewicht der Frau in kg:

100

200

10

20

30

40

50

60

70

80

90

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Ethnische Herkunft

☐ Europäisch und Nordafrika

☐ Ostasiatisch

☐ Afro-Karibisch

☐ Südasiatisch

☐ Südostasiatisch

☐ Gemischt

☐ Andere

Anzahl Feten:

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ >3

Chorionizität bei Zwillingschwangerschaft

☐ dichorial

☐ monochorial

IVF-Schwangerschaften

Datum der Befruchtung

Ggf. Geburtsdatum der Eizellspenderin

Vorangegangene Fehlgeburt(en)

☐ Ja

☐ Nein

Vorangegangene SS mit

Trisomie 21

☐ Ja

☐ Nein

Trisomie 18

☐ Ja

☐ Nein

Trisomie 13

☐ Ja

☐ Nein

Name des/der Ultraschallers/in:

Blockschrift

Name anfordernder Arzt/in:

Blockschrift

Datum des Ultraschalls:

Tag

10

20

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Monat

Jan

Feb

März

April

Mai

Juni

Juli

Aug

Sept

Okt

Nov

Dez

SSL (CRL) in mm:

40

50

60

70

80

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Gestationsalter gemäss SSL:

10

20

30

40

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Wochen

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Tag

1

2

3

4

5

6

Nackentransparenz in mm:

10

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0.1

0.2

0.3

0.4

0.5

0.6

0.7

0.8

0.9

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus der Schwangeren

☐ Ja

☐ Nein

Nikotin

☐ Ja

☐ Nein

☐ AFP Plus Test

Zeitpunkt: 14 + 0 bis 18 + 6 SSW. Schliesst Messung des freien b-HCG und AFP ein. Risikobewertung für Trisomie 21 und Neuralrohrdefekte.

5

oder

☐ AFP-Test:

Zeitpunkt: 14 + 0 bis 18 + 6 SSW. Schliesst Messung von AFP ein. Nur Risikobewertung für Neuralrohrdefekte

4

Datum der letzten Periode:

10

20

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Tag

Jan

Feb

März

April

Mai

Juni

Juli

Aug

Sept

Okt

Nov

Dez

Gewicht der Frau in kg:

100

200

10

20

30

40

50

60

70

80

90

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Ethnische Herkunft

☐ Europäisch und Nordafrika

☐ Ostasiatisch

☐ Afro-Karibisch

☐ Südasiatisch

☐ Südostasiatisch

☐ Gemischt

☐ Andere

Anzahl Feten:

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ >3

Datum des ersten Ultraschalls:

10

20

30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Tag

Jan

Feb

März

April

Mai

Juni

Juli

Aug

Sept

Okt

Nov

Dez

Dies entsprach damals:

10

20

30

40

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Wochen

1

2

3

4

5

6

Tag

1

2

3

4

5

6

Muss auf Grund des US der Termin korrigiert werden

☐ Ja

☐ Nein

Vorangegangener Neuralrohrdefekt

☐ Ja

☐ Nein

Vorangegangene SS mit Trisomie 21

☐ Ja

☐ Nein

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus der Schwangeren

☐ Ja

☐ Nein

Nikotin

☐ Ja

☐ Nein

Bemerkungen:

Bitte in Blockschrift ausfüllen

4 USZ Extern: Bei Versand bei Raumtemperatur, Probe innerhalb von 24h im Labor, sonst gekühlt schicken.

5 USZ Extern: Probe gekühlt schicken

C_SS 006 Schwangerschaftsuntersuchungen / Art Nr. xxxxxx - 5'000 - 02.26 - 87843 © UniversitätsSpital Zürich

000000000001