



Personalien der untersuchten Person (Name, Vorname, Geb.Dat.):

Arzt-Patienten-Etikett

# BEGLEITSCHIN: **Ersttrimester-Screening** **(FMF – Algorithmus Version 4.0 - 2018)**

(bitte IGeL- oder Privat-Anforderungsschein beilegen)

Blutentnahme zwischen **SSW 10+0 und 12+6 (max. 13+6)**

## Bestimmung von **PAPP-A** und freiem **β-hCG**

Datum der Blutentnahme: \_\_\_\_\_

**Anamnestische Angaben nur erforderlich, wenn Risikoeinschätzung erwünscht und die gültige Lizenz der FMF England im Labor 28 vorliegt.**

Gewicht der Schwangeren: \_\_\_\_\_ kg  
 Mütterliche Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm  
 Einlings-SS  Mehrlings-SS, Chorionizität:  
      dichorial  
      monochorial, diamniotisch  
      monochorial, monoamniotisch  
 Konzeption spontan  ja  nein  
 wenn nein:  
 Ovulationsauslöser ohne IVF  
 homologe Insemination  
 heterologe Insemination  
 IVF  
 ICS  
 GIF  
 Typ:  
 normal  
 eingefrorene Eizellen  
 Eizellspende  
 Spenderembryo  
 Datum der Follikelpunktion: \_\_\_\_\_  
 Raucherin  nein  ja  
 Diabetes  nein  ja:  Typ1  Typ2  
 Chron. Hypertonie  nein  ja  
 SLE  nein  ja  
 Antiphospholipidsyndrom  nein  ja  
 Ethnische Herkunft:  
 weiß (Europa, Mittlerer Osten, Nordafrika, Lateinamerika)  
 schwarz (Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch)  
 südasiatisch (Indien, Pakistan, Bangladesch)  
 ostasiatisch (China, Korea, Japan)  
 Vorausgegangene Schwangerschaften:  
 \_\_\_\_\_ Gravida \_\_\_\_\_ Para  
 Präeklampsie in vorausgegangener Schwangerschaft  
 nein  ja  
 Vorheriges Kind mit Trisomie  
 nein  ja:  T21,  T18 oder  T13

Angaben zum/r NT-messenden Arzt/Ärztin:  
 Name: \_\_\_\_\_  
 FMF-zertifiziert  
 FMF-Reg.-Nr. \_\_\_\_\_  
 im Zertifizierungsprozess  
 nicht zertifiziert  
 Datum der NT-Messung: \_\_\_\_\_  
 NT in mm: \_\_\_\_\_  
 Datum der SSL-Messung: \_\_\_\_\_  
 SSL in mm: \_\_\_\_\_

Aufklärung der Patientin nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) ist erfolgt. Einwilligung der Patientin liegt vor.

.....  
Datum/Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes