



Formulář | F-PAT-53 | strana 1 z 1 | verze 2

ZÁZNAM ANTENATÁLNÍM ÚMRTÍ NEBO POTRATU

MATKA: Příjmení _____ Jméno _____ r.č.(č.p): _____ ZP _____

Choroby před touto graviditou – jaké : _____

Celkový počet gravidit : _____

Předchozí antenatální úmrtí (nad 1000g) – počet : _____

Předchozí potraty: spontánní - počet: _____ indukované - počet: _____

interupce - počet: _____

Nynější gravidita :

Riziková – důvody _____

Hospitalizace matky – naposledy od _____ důvody _____

Amniocentéza – datum provedení _____

UZ vyšetření – datum posledního _____

Dokončený týden gravidity _____

Ozvy plodu – zastiženy naposledy: datum _____ hod. _____

PLOD: pohlaví mužské ženské neznámo

Porod: rok měsíc den hod. min.

spontánní

indukovaný datum indukce _____ hod. _____ důvod _____

Potrat: rok měsíc den hod. min.

spontánní

indukovaný datum indukce _____ hod. _____ důvod _____

Operativní způsob: _____

Poloha plodu _____ Hmotnost plodu _____

PLACENTA: hmotnost _____ patologie _____

PUPEČNÍK: patologie _____

Intrauterinně zjištěná **genetická vada nebo malformace:** _____

Jiné závažné údaje, které nejsou v „Záznamu“ uvedeny: _____

razítko pracoviště

čitelný podpis lékaře

pozn.: **PLODY ZASÍLEJTE NEFIXOVANÉ!!!**

PLACENTY FIXOVANÉ VE FORMULU !!!

Žádají rodiče POHŘEB ? ANO – NE