



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky-CENTRÁLNÍ LABORATOŘ

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 962 883

ŽÁDANKA O SCREENING VROZENÝCH VAD PLODU V I.TRIMESTRU

ODBĚR KRVE: ODBĚROVÉ CENTRUM ÚLBLD, VFN FP, Karlovo nám.32, Praha 2, tel.: 224 966 670

Identifikační údaje - pacient	Identifikační údaje - zadavatel
Číslo pojištění (RČ):	IČP:
Datum narození:	NS:
Jméno:	Jméno a příjmení lékaře, telefon:
Příjmení:	
Dg.:	Datum, razítko a podpis lékaře:
Identifikační údaje:	
UZ vyšetření dne:	Hmotnost:
CRL: mm	Stáří dle UZ:
Žádám o stanovení biochemických markerů screeningu vrozených vad a preeklampsie:	
<input type="checkbox"/> PAPP - A	<input type="checkbox"/> free β HCG
<input type="checkbox"/> PIGF	<input type="checkbox"/> TSH - SCREENING

Verze 2/2026



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky-CENTRÁLNÍ LABORATOŘ

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 962 883

ŽÁDANKA O SCREENING VROZENÝCH VAD PLODU V I.TRIMESTRU

ODBĚR KRVE: ODBĚROVÉ CENTRUM ÚLBLD, VFN FP, Karlovo nám.32, Praha 2, tel.: 224 966 670

Identifikační údaje - pacient	Identifikační údaje - zadavatel
Číslo pojištění (RČ):	IČP:
Datum narození:	NS:
Jméno:	Jméno a příjmení lékaře, telefon:
Příjmení:	
Dg.:	Datum, razítko a podpis lékaře:
Identifikační údaje:	
UZ vyšetření dne:	Hmotnost:
CRL: mm	Stáří dle UZ:
ám o stanovení biochemických markerů screeningu vrozených vad a preeklampsie:	
<input type="checkbox"/> PAPP - A	<input type="checkbox"/> free β HCG
<input type="checkbox"/> PIGF	<input type="checkbox"/> TSH - SCREENING

Verze 2/2026