

## MATKA:

Příjmení:

Jméno:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Etnikum:

Místo narození:

Povolání:

Místo výběru:

Datum výběru:

## ANAMNÉZA:

Kardiologie:

Chirurgie:

Dermatologie:

Gastroenterologie a hepatologie:

Endokrinologie:

Gynekologie:

Hematologie:

Infektologie a parazitologie:

Systémová onemocnění:

Nádorová onemocnění:

Nefrologie-urologie:

Neurologie:

ORL-pneumologie:

Revmatologie:

Ostatní:

## MINULÁ TĚHOTENSTVÍ:

Interupce: Počet:  Datum:  Patologie:   
 Spontánní potrat: Počet:  Datum:  Patologie:

## DĚTI:

Pohlaví:  Věk:  Patologie:   
 Pohlaví:  Věk:  Patologie:   
 Pohlaví:  Věk:  Patologie:   
 Pohlaví:  Věk:  Patologie:

## OTEC:

Etnikum:   
 Místo narození:   
 Povolání:

## ANAMNÉZA:

Hematologická:   
 Ostatní: ☐ Toxikomanie ☐ Nádorová bujení ☐ HIV

## NYNĚJŠÍ TĚHOTENSTVÍ:

Rizikové: ☐ ano ☐ ne Krevní skupina:   
 Gestace:  Parita:   

Serologie:	Pozitivní	Negativní	Neprovedeno	Očkování
HBs antigen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HTLV:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubeola:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syfilis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toxoplazmóza:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Patologie:

Toxikomanie:

☐ alkohol

☐ tabák

☐ drogy

Hypertense:

☐ ano

☐ ne

Ostatní:

Léčba:

Echografie:

Datum:

Výsledek:

Amniocentéza:

☐ provedena

☐ neprovedena

Karyotypizace:

☐ provedena

☐ neprovedena

☐ normální

Anomálie:

Ostatní události:

## DOTAZNÍK VYPLNIL(A):

Podpis:

Razítko zařízení: