

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**

Ημερομηνία λήψεως Α.Υ. ___ / ___ / ___

Ώρα λήψεως Α.Υ. ___ : ___

Ημερομηνία παραλαβής ___ / ___ / ___

Ώρα παραλαβής ___ : ___

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΚΥΟΥ

Επίθετο/ Όνομα ή αρχικά:

Διεύθυνση/ Τηλέφωνο επικοινωνίας:.....

Ημερομηνία γέννησης ___ / ___ / ___

Εβδομάδα κυήσεως Τοκετοί

Νοσοκομείο/ Κλινική δειγματοληψίας:.....

Όνομα/ Τηλέφωνο θεράποντος ιατρού:

✓	ΕΞΕΤΑΣΗ (Επιλέξτε εξέταση)	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	
		Εβδομάδες μετά πρωτοπαθή λοίμωξη (*)	Εβδομάδα κυήσεως (**)
	Ανίχνευση RNA ιού ερυθράς	8	15 ^η
	Ανίχνευση DNA τοξοπλάσματος	4	18 ^η
	Καλλιέργεια τοξοπλάσματος	4	18 ^η
	Ανίχνευση DNA κυτταρομεγαλοϊού	7	21 ^η
	Άλλο (***).....		

(Προσοχή στην τήρηση των προϋποθέσεων)

(*): Εβδομάδες που πρέπει να έχουν παρέλθει μετά την πρωτοπαθή λοίμωξη (**): Εβδομάδα κυήσεως από την οποία και μετά πρέπει να γίνεται αμνιοπαρακέντηση (***): Κατόπιν συνεννόησης με το εργαστήριο.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Υπάρχουν κλινικές ενδείξεις νόσου και από πότε;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Υπήρχε επαφή με άτομο που νοσούσε και πότε;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Εμβολιασμός (για ερυθρά) δόσεις και χρονολογία	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> δόσεις: έτος:
Ειδική αγωγή	(περιγράψτε)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Αποτελέσματα ορολογικού ελέγχου σε προηγούμενες εγκυμοσύνες (αν υπάρχουν)	IgG Έτος
	IgM Έτος
Αποτελέσματα ορολογικού ελέγχου στην παρούσα εγκυμοσύνη (αν υπάρχουν)	IgG Ημερ/νία
	IgM Ημερ/νία
Άλλο:	