



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
	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	ΟΧΙ/...../.....
Υπήρχε επαφή με άτομο που νοσούσε και πότε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ/...../.....
Εμβολιασμός (για ερυθρά) δόσεις και χρονολογία	ΝΑΙ	ΟΧΙ	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: