MOLIMO VAS DA UPITNIK POPUNITE DETALJNO I ČITKO

**Upitnik za preeklampsiju**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vrsta trudnoće | | jednoplodna | | | | | | | blizanci jednojajčani | | | | | | | | | blizanci dvojajčani | | | | | | | |
| **Ultrazvučna mjerenja** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dužina CRL |  | | | | | | | mm | | | | | | | | (45-84 mm) | | | | | |  | | | |
| Datum pregleda | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| **Karakteristike majke** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum rođenja | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Visina (cm) | | |  | | | | | | | | | cm | | | | | | |  | | | | | | |
| Težina (kg) | | |  | | | | | | | | | kg | | | | | | |  | | | | | | |
| Rasna pripadnost | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Pušenje tokom trudnoće | | | | | | Da | | | | Ne | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Majka trudnice je imala PE | | | | | | Da | | | | Ne | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Metoda začeća | | | Spontano | | | | | | | | | Stimulacija ovulacije | | | | | | | | | | | IVF | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Medicinska istorija** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hronična hipertenzija | | | | | |  | | | | Da | | | Ne | | | |  | | | |  | | | |  |
| Dijabetes tip I | | | | | |  | | | | Da | | | Ne | | | |  | | | |  | | | |  |
| Dijabetes tip II | | | | | |  | | | | Da | | | Ne | | | |  | | | |  | | | |  |
| Sistemski eritematozni lupus | | | | | | | | | | Da | | | Ne | | | |  | | | |  | | | |  |
| Anti-fosfolipidni sindrom | | | | | |  | | | | Da | | | Ne | | | |  | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Akušerska istorija** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nulliparous (bez prethodnih trudnoća u ≥ 24 nedjelje) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parous (najmanje jedna trudnoća u ≥ 24 nedjelje) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Biofizička mjerenja** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Srednji arterijski pritisak – mjeriti po dva puta, na obje nadlaktice (mmHg) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mjerenje 1 | | | | | | | Lijeva nadlatktica | | | | | | |  | | | Desna nadlaktica | | | | | | | |  |
| Sistolni | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| Dijastoilni | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| Mjerenje 2 | | | | | | | Lijeva nadlatktica | | | | | | |  | | | Desna nadlaktica | | | | | | | |  |
| Sistolni | | | |  | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| Dijastoilni | | | |  | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| PI Arterija Cerebri Media | | | | | | | Lijeva | | | |  | | | |  | | Desna | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |
| Datum mjerenja | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | M. P. | Potpis i faksimil doktora |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | telefon doktora (ako želite) |

**\* Popunjava laboratorija**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Biohemijska mjerenja** | | | | | |
| Uključuje serumski PIGF | Ne | MoM | | neobrađene podatke | |
| Uključuje serumski PAPP-a | Ne | MoM | | neobrađene podatke | |
|  |  | |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | M. P. | Potpis i faksimil doktora |