

EVALUATIE VAN HET RISICO OP PRE-ECLAMPSIE

Gegevens van de moeder

| | |
|--|--|
| Naam en voornaam van de patiënte* : | |
| Geboortedatum* : | Oorsprong : Europa <input type="checkbox"/> Afrika <input type="checkbox"/> Noord-Afrika <input type="checkbox"/> Azië <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> |
| Adres : | Gewicht van de moeder voor de zwangerschap*(kg) : |
| Mutualiteit : <input type="checkbox"/> | Lengte* (cm) : |
| RRN : <input type="checkbox"/> | LCC* (mm) : |
| Tel: | Datum echografie*: |
| Postcode: | Aantal foetussen* : |
| Stad: | Echografie uitgevoerd door : |

1° trimester (screening)-ten laste van de patiënt (45€)(10-13 weken)

PIGF

Alle gegevens voorafgegaan door een * zijn onontbeerlijk voor het uitvoeren van de 1^{ste} trimester test

2de et 3de trimester-ten laste van de patiënt (60€) (> 20 weken)

ratio sFlt1/PIGF

Correctiefactoren

| | Ja | Neen |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| Roken* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insuline dependente diabetes* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IVF | <input type="checkbox"/> type : | <input type="checkbox"/> |
| Kunstmatige inseminatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transfer van ingevroren embryo's | <input type="checkbox"/> datum van invriezen: | <input type="checkbox"/> |

Maternele factoren

| | Ja | Neen | Niet geëvalueerd |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nullipara | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chronische hypertensie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pre-eclampsie tijdens de vorige zwangerschap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familiale pre-eclampsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Arteriële bloeddruk

| | 1ste meting* | 2de meting (gemeten aan het eind van de consultatie) |
|---|--------------|--|
| Diastolische bloeddruk linkerarm*(mmHg) | | |
| Systolische bloeddruk linkerarm*(mmHg) | | |
| Diastolische bloeddruk rechterarm *(mmHg) | | |
| Systolische bloeddruk rechterarm *(mmHg) | | |

Doppler arteria uterina

Pulsatiliteit Index linker arteria uterina* :

Pulsatiliteit Index rechter arteria uterina* :

Stempel en handtekening van de aanvragende arts

Ik bevestig dat de patiënte volledig geïnformeerd werd over de details, mogelijkheden en beperkingen van de test. De patiënte heeft ingestemd met deze test.

Datum :/...../.....