

Фамилия:	<input type="text"/>	Дата рождения:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Штрих-код
Имя:	<input type="text"/>	9.2	День цикла:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Отчество:	<input type="text"/>	Пол: М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>	Срок беременности (недели):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

PRISCA - ПРОГРАММА ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	06.04.001 - ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ (10-13 НЕДЕЛЬ): Ассоциированный с беременностью протеин А (РАРР-А) Свободная субъединица бета-ХГЧ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	06.04.002 - ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ II ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ (15-19 НЕДЕЛЬ): Альфа-фетопротеин (АФП) Общий бета-ХГЧ, Эстриол свободный
--------------------------	----------------------------------	--	--------------------------	----------------------------------	---

ВНИМАНИЕ! Назначение пренатального скрининга в период 13-15 недель НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ.

АНКЕТА

(обязательно для заполнения)

Факторы, используемые для расчета рисков (нужно указать/подчеркнуть):

Масса тела на дату взятия крови: _____ кг Курение: Да / Нет

Раса: Азиатская / Африканская / Европейская / неизвестно

Инсулинозависимый сахарный диабет: Да / Нет

Беременность наступила в результате ЭКО: Да / Нет

ЭКО Дата забора яйцеклеток: ____ / ____ / ____ Дата подсадки эмбриона: ____ / ____ / ____
День Месяц Год День Месяц Год

Дата рождения донора яйцеклетки: ____ / ____ / ____ Донор: Есть / Нет
День Месяц Год

Прием лекарственных препаратов во время беременности (название, дозы, сроки): _____

Срок беременности на дату взятия крови: _____ Первый день последней менструации: ____ / ____ / ____
День Месяц Год

ДАННЫЕ УЗИ

(предоставить копию заключения УЗИ)

Дата проведения УЗИ: ____ / ____ / ____ Срок беременности по УЗИ: _____
День Месяц Год

Фамилия врача УЗИ: _____

Число плодов: _____ Бипаритальный размер: _____ ТВП (шейная складка): _____
(26-52 мм)* (0,1-6,0 мм)*

Копчиково-теменной размер: _____ Носовая кость: _____
(обязательны данные 11-13 недель) (38-84 мм)*

ВНИМАНИЕ! Без данных УЗИ расчет рисков НЕВОЗМОЖЕН.

____ / ____ / ____ _____ / _____
Дата взятия биоматериала Подпись ФИО врача (акушера), направляющего биоматериал

Контактный телефон врача, направляющего биоматериал

- пробирка с красной крышкой

Возможно увеличение сроков выполнения исследований при поступлении материала в лабораторию в пятницу и в выходные дни



00090201