

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ТРИСОМИЙ

Выбранные исследования помечаются только крестиком . Полностью заштрихованный квадрат означает отмену исследования. Поля заполняются ЗАГЛАВНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ.

Фамилия:	Ф А М И Л И Я	П А Ц И Е Н Т А	Дата взятия пробы:	Д Д	М М	Г Г
Имя:	И М Я	П А Ц И Е Н Т А	Время взятия пробы:	Ч Ч	М М	
Отчество:	О Т Ч Е С Т В О	П А Ц И Е Н Т А	Код ЛПУ:			Код подр.:
Дата рождения:	Д Д М М Г Г Г	пол: Ж.	Пробу взял:			
Срок берем. (нед.):		Вес матери	ВРАЧ:			
Раса		Рост матери	Дата последней менструации	Д Д М М	Г Г Г Г	
Количество беременностей (продолжительность 24 недель и более)		Дополнит. информация:				

ДАННЫЕ О ПАЦИЕНТКЕ

Курение при текущей беременности	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	Антифосфолипидный синдром (АФС)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Сахарный диабет	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	Был гестоз (преэклампсия) в прошлые беременности (повышение давления, белок в моче, отеки)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Хроническая артериальная гипертензия	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	Отягощенная наследственность - гестоз (преэклампсия) у матери, бабушки, родной сестры (повышение давления, белок в моче, отеки при беременности)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Системная красная волчанка (СКВ)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>			

Были ли выкидыши

1. ДА НЕТ Если да, то укажите дату и на каком сроке . . , недель
2. ДА НЕТ Если да, то укажите дату и на каком сроке . . , недель
3. ДА НЕТ Если да, то укажите дату и на каком сроке . . , недель

Предыдущие роды

1. Дата родов . . Вес ребенка при рождении . . Срок, на котором рожден ребенок недель
2. Дата родов . . . Вес ребенка при рождении . . Срок, на котором рожден ребенок недель
3. Дата родов . . . Вес ребенка при рождении . . Срок, на котором рожден ребенок недель

Дата рождения (требуется дата всех рожденных детей)

1. Дата . . 2. Дата . . 3. Дата . .

Дата последних родов

 . . .

НАЛИЧИЕ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ У ПРЕДЫДУЩЕГО РЕБЕНКА / ПЛОДА

Трисомия 21 (синдром Дауна)	<input type="checkbox"/>	Трисомия 18 (синдром Эдвардса)	<input type="checkbox"/>	Трисомия 13 (синдром Патау)	<input type="checkbox"/>
Другое (синдром Тернера, 47XXX, 47XXY, 47XYY, триплоидия)					

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Стимуляция овуляции	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	ИКСИ	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
ЭКО	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>			
В случае ЭКО:					
Дата забора яйцеклетки	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>		Дата переноса эмбриона	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
Донорская яйцеклетка	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	Донорский сперматозоид	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Дата рождения донора яйцеклетки	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>				

ГОРМОНЫ И АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Артериальное давление матери	Левая рука	<input type="checkbox"/>	КТР	ЧСС плода	ТВП	УЗИ
	Правая рука	<input type="checkbox"/>				
Св. бета-ХГЧ (МоМ)	<input type="checkbox"/>	PAPP-A (МоМ)	<input type="checkbox"/>			

- 97-20-323 Пренатальный скрининг I триместр (10–13 недели) – PRISCA I (β -ХГЧ свободный, PAPP-A – «двойной тест»)
Оптимальный срок сдачи: 11–13 недель. Расчет PRISCA (Трисомия 13, трисомия 18, трисомия 21).
- 97-20-324 Пренатальный скрининг II триместр (14–20 недель) – PRISCA II (β -ХГЧ общий, АФП Альфа-фетопротеин, Эстриол свободный (E3) – «тройной тест»)
Оптимальный срок сдачи: 16–18 недель. Расчет PRISCA (Трисомия 13, трисомия 18, трисомия 21, дефекты нервной трубки).
- 99-20-301 Пренатальный скрининг I триместр (11–13 недель + 6 дней) – SsdwLab 5.0.14 (Белок PAPP-A, Бета-ХГЧ (свободная субъединица))
Оптимальный срок сдачи: 11–13 недель (Трисомия 13, трисомия 18, трисомия 21).
- 99-20-302 Пренатальный скрининг II триместр (14–19 недель + 6 дней) – SsdwLab 5.0.14 (Альфа-фетопротеин (АФП), Хорионический гонадотропин (ХГЧ))
Оптимальный срок сдачи: 16–18 недель (Трисомия 13, трисомия 18, трисомия 21).
- 97-20-020 Пренатальный скрининг I триместра беременности по программе Astraia (Белок PAPP-A, Свободная бета-ХГЧ)
Оптимальный срок сдачи: 11–13 недель (Трисомия 13, трисомия 18, трисомия 21)



Требования для выполнения теста: обязательным условием проведения скрининга является сертификация специалистов ультразвуковой диагностики фондом медицины плода (The Fetal Medical Foundation). Для этого в личном кабинете FMF необходимо скачать сертификат в формате XML и отправить на почту: astraia@citilab.ru

Врач, ответственный за оформление анкеты _____ / _____ / _____ (ФИО) / _____ (Подпись) / _____ (Дата) / _____ (Признак)

PRISCA 04.08.2025