место под штрих-код

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ТРИСОМИЙ

8-800-100-36-30
www.citilab.ru
ситилаб

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
Имя: И М Я П А Ц И Е Н Т А
Отчество: О Т Ч Е С Т В О П А Ц И Е Н Т А
Дата рождения: Д Д . М М . Г Г Г Г **пол:** Ж. Ж
Срок берем. (нед.): **Вес матери** **Рост матери**
Раса
Количество беременностей (продолжительность 24 недель и более)

Дата взятия пробы: Д Д . М М . Г Г
Время взятия пробы: Ч Ч : М М
Код ЛПУ: **Код подр.:**
Пробу взял:
ВРАЧ:
Дата последней менструации Д Д . М М . Г Г Г Г
Дополнит. информация:

ДАННЫЕ О ПАЦИЕНТКЕ

Курение при текущей беременности	ДА ☐	НЕТ ☐	Антифосфолипидный синдром (АФС)	ДА ☐	НЕТ ☐
Сахарный диабет	ДА ☐	НЕТ ☐	Был ли гестоз (преэклампсия) в прошлые беременности (повышение давления, белок в моче, отеки)	ДА ☐	НЕТ ☐
Хроническая артериальная гипертензия	ДА ☐	НЕТ ☐	Отягощенная наследственность - гестоз (преэклампсия) у матери, бабушки, родной сестры (повышение давления, белок в моче, отеки при беременности)	ДА ☐	НЕТ ☐
Системная красная волчанка (СКВ)	ДА ☐	НЕТ ☐			

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) ☐ Трисомия 18 (синдром Эдвардса) ☐ Трисомия 13 (синдром Патау) ☐

Другое (синдром Тернера, 47XXX, 47XXY, 47XYY, триплоидия)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Стимуляция овуляции	ДА ☐	НЕТ ☐	ИКСИ	ДА ☐	НЕТ ☐
ЭКО	ДА ☐	НЕТ ☐			
В случае ЭКО:					
Дата забора яйцеклетки	☐☐.☐☐.☐☐		Дата переноса эмбриона	☐☐.☐☐.☐☐	
Донорская яйцеклетка	ДА ☐	НЕТ ☐	Донорский сперматозоид	ДА ☐	НЕТ ☐
Дата рождения донора яйцеклетки	☐☐.☐☐.☐☐				

ГОРМОНЫ И АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Артериальное давление матери		Левая рука	
		Правая рука	
Св. бета-ХГЧ (MoM)		PAPP-A (MoM)	

УЗИ

КТР		ТВП	
ЧСС плода		Носовые кости	
Пульсационный индекс маточных артерий		Левая артерия	
		Правая артерия	

☐ 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 (Е3) – «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: out.rezult@citilab.ru

Врач, ответственный за оформление анкеты _____ / _____ / _____ 20 ___/
(ФИО) (Подпись) (Дата)