

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения / / Пол Номер полиса Номер ДК

Тел./моб.: sms: Штрих-код:

e-mail: Кодовое слово:

Диагноз:

Принимаемые препараты:

ФИО врача

Предупрежден(а) о правилах подготовки перед взятием и(или) приемом биоматериала.

Пробирка(и) промаркирована(ы) в моем присутствии.

С данными бланка ознакомлен(а), претензий не имею.

Подпись/расшифровка

/ /

число / месяц / год

PRISCA – ПРОГРАММА ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

Внимание! Для точного расчета нужно обязательно заполнить все поля!

Дополнительные сведения о пациентке

Возраст		лет
Вес		кг
Курение (да, нет)		
Этническая принадлежность	европейская	
	азиатская	
	африканская	
	неизвестно	
Наличие диабета (да, нет)		
Трисомия 21 (синдром Дауна) при предыдущих беременностях (да, нет)		
Наличие ЭКО (да, нет)		
При ЭКО: женская донорская яйцеклетка (да, нет)		
Возраст женщины-донора яйцеклетки		лет

Данные УЗИ

Точная дата проведения УЗИ		
Срок беременности по УЗИ	неделя	дней
Количество плодов		
Визуализация носовой кости (да, нет)		
Копчиково-теменной размер (КТР)		38–84 мм
Бипариетальный размер (БПР)		26–56 мм
Толщина воротникового пространства (ТВП)		0,1–6,0 мм

 – допустимые пределы для ввода в программу

ФИО врача, проводившего УЗИ

Пrenатальный скрининг трисомий: 1 триместр (оптимально 11–13 недель)

Исследуемый материал: сыворотка крови – пробирка с красной крышкой

PRS1	РАРР-белок + β-ХГЧ свободный	030 ●
------	-------------------------------------	-------

Пrenатальный скрининг трисомий: 2 триместр (оптимально 16–18 недель)

Исследуемый материал: сыворотка крови – пробирка с красной крышкой

PRS2	АФП + β-ХГЧ общий + Эстриол свободный	030 ●
------	--	-------

ФИО направляющего врача

Контактный телефон

Заказчик / Сотрудник «ИНВИТРО» /