

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения:

Пол:

Ж

Номер полиса:

СНИЛС:

Диагноз, принимаемые препараты:

Количество заказанных продуктов:

Штрих-код:

ФИО врача

НЕИНВАЗИВНЫЕ ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ТЕСТЫ

1НИПТ	НИПТ-минимум. Неинвазивный пренатальный тест на трисомию 21 хромосомы, 1 синдром	338 ●
2НИПТЭ	НИПТ-стандарт. Неинвазивный пренатальный тест на трисомии 13, 18, 21 хромосом и анеуплоидии половых хромосом, 7 синдромов	959 ●
3НИПТ	НИПТ-комплекс. Неинвазивный пренатальный тест. 13 синдромов, включая микроделеционные, и статус носительства частых мутаций у матери	953 ● 957 ●
3НИПТЭ	НИПТ-комплекс. Неинвазивный пренатальный тест. 7 синдромов, включая анеуплоидии половых хромосом у плода, и статус носительства частых мутаций у матери	959 ● 759 ●
4НИПТ	НИПТ-базовый. Неинвазивный пренатальный тест на трисомии 13, 18, 21 хромосом, 3 синдрома	338 ●
6НИПТ	НИПТ-расширенный. Неинвазивный пренатальный тест на все хромосомы, 60 микроделеционных синдромов	959 ●
7НИПТ	НИПТ-максимум. Неинвазивный пренатальный тест на все хромосомы, 92 микроделеционных синдрома	959 ●

Специальные обозначения:

957 – номер контейнера ● - пробирка Streck, 10 мл (для Беларуси LindVac, 8 мл) ● - пробирка с сиреневой крышкой, 4 мл

АНКЕТА

a.Вес	_____ (только целое число)
b.Рост	_____ в см в формате XXX
c.Срок беременности по УЗИ	_____ (только полные недели)
d. Количество эмбрионов *проведение 2,3,6НИПТ возможно только при одноплодной беременности	_____ (варианты ответа 1 или 2*)
e. При изначальной двойне в текущей беременности была ли остановка развития второго плода?	☐ Да ☐ Нет
f. Дата замирания второго плода	____. ____20____ ☐ Нет (можно выбрать НЕТ или указать дату)
g. Выдавать в результате пол плода?	☐ Да ☐ Нет
h. Беременность с использованием донорской яйцеклетки?	☐ Да ☐ Нет
i. Беременность с участием суррогатной мамы?	☐ Да ☐ Нет
j. Наличие злокачественного новообразования в настоящий момент?	☐ Нет
k. Была ли терапия человеческим альбумином, иммуноглобулином и/или экзогенными клетками ДНК в течение последних четырех недель?	☐ Нет
l. Получала ли пациентка аллогенное переливание крови за последний год? (только Нет)	☐ Нет

