

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения

Пол

Номер полиса

Номер ДК

СНИЛС

Тел./моб.:

sms:

е-mail:

Кодовое слово:

Штрих-код:

Диагноз:

Предполагаемая дата начала заболевания

Дата и время взятия образца

ФИО врача

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

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

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

Подпись/расшифровка

число

месяц

год

7811	Исследование кариотипа	051 ●
7312	Кариотип (+кариограмма)	051 ●
7824	Кариотип с aberrациями	958 ●

Анкета

Для всех пациентов:

Причина обращения:

Планирование деторождения при отсутствии очевидных показаний для анализа (по желанию)

Уточнение диагноза обследуемого

Привычное невынашивание беременности

ЭКО

Донор ооцитов/спермы

Рост _____ Вес _____

Предполагаемый цитогенетический диагноз _____

Задержка умственного развития:

да, нет

 Задержка физического развития:

да, нет

Нарушения половой дифференцировки (например, нарушения в развитии половых органов):

да, нет

Бесплодие (да/нет)

да, нет; если да, то в течение скольких лет (указать) _____

Наличие врожденных пороков развития и установленных на данный момент диагностических признаков:

да, нет; если да то, каких (указать, например, изменение формы/размеров черепа, аномалии глаз/носа/пальцев/внешних гениталий и т.д.) _____

Носительство хромосомных перестроек:

да, нет, не знаю

Наличие наследственных заболеваний в семье или у родственников:

да, нет; если да, то каких и у кого (указать) _____

Наличие детей:

да, нет; если да, то сколько (указать) _____

Для женщин:

1. Первая менструация (указать возраст) _____, продолжительность цикла _____, регулярность

да, нет

2. Аменорея – отсутствие менструаций в течение 6 месяцев:

да, нет

3. Неразвивающиеся беременности:

да, нет; если да, то сколько (указать) _____ на каком сроке (указать в неделях) _____

4. Спонтанные выкидыши (2 и более):

да, нет; если да, то сколько (указать) _____ на каком сроке (указать в неделях) _____

5. Прерывание беременности по медицинским показаниям (по УЗИ):

да, нет; если да, то сколько (указать) _____ на каком сроке (указать в неделях) _____

6. В случае положительного ответа в пунктах 3-5 указать проводилось ли цитогенетическое исследование абортивного материала:

да, нет; если да, то какой был установлен цитогенетический диагноз (указать) _____

Для мужчин:

Нарушение сперматогенеза:

да, нет; если да, то указать характер нарушений _____

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

051

— номер контейнера

— стерильный контейнер с крышкой, заполненный физиологическим раствором

— пробирка с зеленой крышкой без геля

бланк действует с 29.05.2025