

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения

Пол

Номер полиса

Номер ДК

Тел./моб.:

е-mail:

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.

sms:

Штрих-код:

Кодовое слово:

Подпись/расшифровка

число

месяц

год

ASTRAIA2	Исследование PAPP-A и свободного бета-ХГЧ в 11-14 недель беременности с расчетом рисков хромосомных аномалий в программе Astraia	033
ASTRAIA3	Исследование PAPP-A и св. β-ХГЧ в 11-14 недель беременности с расчетом рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии в программе ASTRAIA	033
ASTRAIA4	Исследование PAPP-A и св. β-ХГЧ и PLGF в 11-14 недель беременности с расчетом рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, индивидуального риска преэклампсии в программе ASTRAIA	033 007

Анкета

Ультразвуковая диагностика: дата		Преждевременные роды в 16-30 недель	
Врач УЗИ (ФИО)		Количество родов в сроки 31-36 недель	
FMF ID		Количество родов после 37 недель	
Первый день последней менструации		Дата последних родов >-24 нед	
Количество родов (всего)		Срок, на котором рожден ребенок	
Этническая группа:	Белая ☐ Азиатская ☐ Африканская ☐ Неизвестно ☐		
Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребенка:	трисомия 21 ☐ трисомия 18 ☐ трисомия 13 ☐ Другое ☐		
Вес (кг)		Рост (см)	
Курение:	Да ☐ Нет ☐	Антифосфолипидный синдром:	Да ☐ Нет ☐
Сахарный диабет:	1 тип ☐ 2 тип ☐	Преэклампсия при предыдущей беременности:	Да ☐ Нет ☐
Хроническая гипертензия:	Да ☐ Нет ☐	Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности:	Да ☐ Нет ☐
Системная красная волчанка:	Да ☐ Нет ☐	Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе:	Да ☐ Нет ☐
Зачатие: ☐ естественное; ☐ индукция овуляции; ☐ ЭКО; ☐ инсеминация спермой мужа; ☐ инсеминация донорская			
Если ЭКО, указать: ☐ обычное; ☐ замороженная яйцеклетка; ☐ замороженный эмбрион			
возраст матери на период консервации ____ лет;			
донорская яйцеклетка: возраст донора при заборе яйцеклеток ____ лет;			
донорский эмбрион: возраст донора при заборе яйцеклеток ____ лет			
Количество плодов:			
Для многоплодной беременности указать:	Монохориальная ☐ Дихориальная ☐		
КТР (мм) плод 1 ____	ТВП (мм) ____	ЧСС ____ уд/мин	
Носовая кость	Норма	Патология	
ПИ венозного протока ____	Трикуспидальный клапан:	Норма	Реверс

бланк действует с 16.06.2025

Комментарии (др. эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопроэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис____мм					
КТР (мм) плод 2____		ТВП (мм) _____		ЧСС____ уд/мин	
Носовая кость		Норма		Патология	
ПИ венозного протока_____		Трикуспидальный клапан:		Норма	Реверс
Комментарии (др. эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопроэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис____мм					
Шейка матки _____ (мм)		ПИ в маточных артериях		_____ слева	_____ справа
Артериальное давление: 2-х кратное измерение	правая рука мм рт ст	1-----/-----	левая рука мм рт ст	1-----/-----	
		2-----/-----		2-----/-----	