

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения

Пол

Номер полиса

Номер ДК

СНИЛС

Тел./моб.:

е-mail:

Кодовое слово:

Штрих-код:

Диагноз:

Принимаемые препараты:

Количество заказанных продуктов:

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

НЕИНВАЗИВНЫЕ ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ТЕСТЫ

1НИПТ	НИПТ-минимум. Неинвазивный пренатальный тест на трисомию 21 хромосомы, 1 синдром	338 ●
2НИПТ	НИПТ-стандарт. Неинвазивный пренатальный тест на трисомии 13, 18, 21 хромосом и анеуплоидии половых хромосом, 7/8 синдромов (NIPT standart)	338 ●
3НИПТ	НИПТ-комплекс. Неинвазивный пренатальный тест. 13 синдромов, включая микроделеционные, и статус носительства частых мутаций у матери	953 ● 957 ●
4НИПТ	НИПТ-базовый. Неинвазивный пренатальный тест на трисомии 13, 18, 21 хромосом, 3 синдрома	338 ●
6НИПТ	НИПТ-Максимум. Неинвазивный пренатальный тест на все хромосомы	959 ●

Специальные обозначения:
957 – номер контейнера ● - пробирка Streck, 10 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. Проводилась остановка развития (редукция) эмбриона в текущую беременность?	☐ Да ☐ Нет
f. Дата редукции в формате	____.____.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 сывороточным альбумином/иммунотерапия в течение последних 4х недель?	☐ Нет
l. Получала ли пациентка аллогенное переливание крови за последний год? (только Нет)	☐ Нет
m.Трансплантация костного мозга, пересадка органов, лечение стволовыми клетками в анамнезе пациентки?	☐ Нет
n.Получала ли пациентка терапию гепарином в течение 24 часов?	☐ Нет
o. Первый день последней менструации	____.____.20____
p. При повторной бесплатной пересдаче укажите номер предыдущего ИНЗ (только цифры)	_____ (только цифры)
q.Диагностированная хромосомная патология плода/ребенка в предыдущих беременностях?	☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю
r.Повышен ли риск хромосомной патологии по результатам комбинированного скрининга?	☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю
s.Беременность в результате ЭКО	☐ Да ☐ Нет
t.Возраст матери на момент пункции (взятия яйцеклетки)	____.____.20____ ☐ Нет ☐ Не знаю

бланк действует с 31.03.2025