ООО «ИНВИТРО», 125047, г. Москва, ул. 4-я Тверская-Ямская, д. 16, корп. 3,
тел./факс: (800) 200 363 0, (495) 363 0 363, www.invitro.ru

ИНВИТРО®

Заполнять **ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ** буквами

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения: / / (число, месяц, год) Пол: муж жен Номер полиса: Номер ДК:

Диагноз: Дата и время взятия образца: / / (число, месяц, год) : (час, мин)

ФИО врача:

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

Пробирка(и) промаркирована(ы) в моем присутствии. / / (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	недель	дней
Количество плодов		
Визуализация носовой кости (да, нет)		
Копчиково-теменной размер (КТР)		38–84 мм
Бипариетальный размер (БПР)		26–52 мм
Толщина воротникового пространства (ТВП)		0,1–6,0 мм

— допустимые пределы для ввода в программу

Фамилия врача, проводившего УЗИ _____

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

Исследуемый материал: сыворотка крови — пробирка с красной крышкой

PRS1	**PAPP-белок + β-ХГЧ свободный**	030 ●

Пренатальный 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» _____ / _____
ФИО подпись ФИО подпись

бланк действует с 03.12.14