

заполнять **ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ** буквами

Заказчик:   
Пациент:   
Дата рождения:  /  /  Пол:   Дата взятия образца:  /  /  Время взятия образца:  :   
число / месяц / год муж жен число / месяц / год час мин.  
Диагноз:  Номер страхового полиса:

**PRISCA – ПРОГРАММА ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА**

(Обращаем Ваше внимание: для точного расчёта все поля обязательны для заполнения!)

**Дополнительные сведения о пациентке**

ВОЗРАСТ		лет
ВЕС		кг
КУРЕНИЕ (да, нет)		
ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	европейская	
	азиатская	
	африканская	
	неизвестно	
НАЛИЧИЕ ДИАБЕТА (да, нет)		
Предыдущие беременности с трисомией 21 (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)		<b>38-84 мм</b>
БИПАРИЕТАЛЬНЫЙ РАЗМЕР (БПР)		<b>26-52 мм</b>
ТОЛЩИНА ВОРОТНИКОВОГО ПРОСТРАНСТВА (ТВП)		<b>0,1-6,0 мм</b>

 - 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)

<input type="checkbox"/> <b>PRS1</b>	PAPP-белок + $\beta$ -ХГЧ свободный
--------------------------------------	-------------------------------------

**Пренатальный скрининг трисомий: 2 триместр (оптимально 16-18 недель)**

(Исследуемый материал — сыворотка крови - пробирка с красной крышкой)

<input type="checkbox"/> <b>PRS2</b>	АФП + $\beta$ -ХГЧ общий + Эстриол свободный
--------------------------------------	--

Фамилия, имя, отчество направляющего врача \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_