



Form for patient data: ФИО пациента, Дата рождения, Пол, День цикла, Срок беременности (недели), Дата взятия, Номер медицинской карты, Телефон или e-mail, ФИО врача, Штрих-код (9.4)

Принимаемые препараты _____ Наименование мед. организации _____

PRISCA - ПРОГРАММА ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

06.04.001 - ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ (11-13 НЕДЕЛИ): Ассоциированный с беременностью протеин А (РАРР-А), Свободная субъединица бета-ХГЧ

06.04.002 - ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ II ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ (15-19 НЕДЕЛЬ): Альфа-фетопротеин (АФП), Общий бета-ХГЧ, Эстриол свободный

● - пробирка с красной крышкой

Внимание! Назначение пренатального скрининга в период 13-15 недель НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ.

АНКЕТА

(обязательно для заполнения)

Факторы, используемые для расчета рисков (нужное указать/подчеркнуть):

Масса тела на дату взятия крови: _____ кг Курение: Да / Нет

Раса: Азиатская / Африканская / Европейская / неизвестно

Инсулинозависимый сахарный диабет: Да / Нет

Беременность наступила в результате ЭКО: Да / Нет

ЭКО Дата забора яйцеклеток: _____ / _____ / _____ Дата подсадки эмбриона: _____ / _____ / _____

Дата рождения донора яйцеклетки: _____ / _____ / _____ Донор: Есть / Нет

Прием лекарственных препаратов во время беременности (название, дозы, сроки): _____

Срок беременности на дату взятия крови: _____ Первый день последней менструации: _____ / _____ / _____

ДАННЫЕ УЗИ

(предоставить копию заключения УЗИ)

Дата проведения УЗИ: _____ / _____ / _____ Срок беременности по УЗИ: _____

Фамилия врача УЗД _____

Число плодов: _____ Бипариетальный размер: _____ ТВП (шейная _____

(26-52 мм)* (Данные вне этого диапазона НЕ ПРИНИМАЮТСЯ)

(0,1-6,0 мм)* (Обязательные данные 11-13 недель, данные вне этого диапазона НЕ ПРИНИМАЮТСЯ)

Копчиково-теменной размер: _____ Носовая кость: _____

(38-84 мм)* (Обязательные данные 11-13 недель, данные вне этого диапазона НЕ ПРИНИМАЮТСЯ)

ВНИМАНИЕ! Без данных УЗИ расчет рисков НЕВОЗМОЖЕН.

_____/_____/_____ Дата взятия биоматериала

_____/_____ Подпись ФИО врача (акушера), направляющего биоматериал

_____/_____ Контактный телефон врача (акушера), направляющего биоматериал

