МОБИЛ МЕДИКАЛ ЛАБ

Лицензия № ЛО-77-01-020999 от 30.12.2020 г.
г. Москва, ул. Новослободская, д. 36/1, стр. 3

ФИО пациента

Телефон или e-mail

ФИО врача

Дата рождения:

День цикла:

Срок беременности (недели):

Дата взятия:

Номер медицинской карты:

Пол: М ☐ Ж ☐

13.2

Штрих-код

Принимаемые препараты _____ Наименование мед. организации _____

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Неинвазивный пренатальный ДНК скрининг

☐	◉	19.08.002 - Неинвазивное определение резус-фактора плода
☐	◉	19.08.003 - НИПС Т21 - Неинвазивный пренатальный ДНК скрининг на синдром Дауна
☐	◉	19.08.004 - НИПТ стандартная панель
☐	◉	19.08.007 - НИПТ Panorama (Natera, США), базовая панель - неинвазивный пренатальный ДНК тест на 8 синдромов
☐	◉	19.08.008 - НИПТ Panorama (Natera, США), расширенная панель - неинвазивный пренатальный ДНК тест на 13 синдромов

РЕЗУЛЬТАТ ПО ПОЛУ

☐ определять пол плода
☐ не определять пол плода

ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ПОСЛЕДНЕЙ МЕНСТРУАЦИИ

день ☐☐ месяц ☐☐ год ☐☐☐☐

СРОК БЕРЕМЕННОСТИ определён по

☐ 1-й день последней менструации
☐ ЭКО

ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОДОВ

день ☐☐ месяц ☐☐ год ☐☐☐☐

КОЛИЧЕСТВО ПЛОДОВ

☐ 1 плод ☐ 2 плода

Заполняется при беременности в результате ЭКО

БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ЭКО:

☐ нет ☐ да

ДОНОР ЯЙЦЕКЛЕТКИ

☐ я сама ☐ третье лицо

ВОЗРАСТ НА МОМЕНТ ПУНКЦИИ ООЦИТОВ

☐☐ лет

ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ВАШИХ РОДСТВЕННИКОВ СТРАДАЛИ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ?

☐ нет ☐ да _____
_____

В СЛУЧАЕ ЭКО ВЫПОЛНЯЛОСЬ ЛИ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОЕ ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ЭМБРИОНОВ (ПГТ)?

☐ нет ☐ да

ВАМ КОГДА ЛИБО ОСУЩЕСТВЛЯЛИ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ? ☐ нет ☐ да, уточните когда

ВАМ КОГДА ЛИБО ОСУЩЕСТВЛЯЛИ ПЕРЕСАДКУ ОРГАНОВ (ВКЛЮЧАЯ КОСТНЫЙ МОЗГ)? ☐ нет ☐ да, уточните когда

ВАМ КОГДА ЛИБО ОСУЩЕСТВЛЯЛИ ЛЕЧЕНИЕ СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ? ☐ нет ☐ да, уточните когда

ПРИЧИНЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОГО ТЕСТА ПРЕНЕТИКС:

☐ возраст >35 лет
☐ невынашивание беременности в анамнезе
☐ мертворождение или ребёнок с врождёнными пороками развития в анамнезе
☐ подозрение на хромосомную аномалию плода по УЗИ (увеличение толщины воротникового пространства, отсутствие носовой кости, выявление пороков развития) нужное подчеркнуть, приложить результаты УЗИ
☐ риск анеуплоидий по результатам биохимического скрининга (приложить результаты пренатального скрининга)
☐ семейная история (в роду были анеуплодии или наследственные заболевания)
☐ бесплодие в анамнезе
☐ другое _____

Я, _____ подтверждаю,

что пробирки с биоматериалом промаркированы в моём присутствии и срок годности не истёк.

Дата заполнения формы "_____" день "_____" месяц "_____" год. Подпись _____

Подтверждаю правильность указанных выше данных и соответствие данных о беременности заявленным условиям.

Подпись пациента или медицинского сотрудника _____

ПОСТНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Хромосомный микроматричный анализ

☐	СК ◉	19.09.001 - Хромосомный микроматричный анализ (молекулярно-генетический анализ aCGH) при неразвивающейся беременности (абортивный материал)

◉ - пробирка Cell Free DNA СК - стерильный контейнер с физ. раствором ◉ - пробирка с сиреневой крышкой, 3 мл