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

9.4

Штрих-код

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 (PAPP-A), 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: _____ / _____ / _____
День Месяц Год День Месяц Год

Дата рождения донора яйцеклетки: _____ / _____ / _____ Донор: Есть / Нет
День Месяц Год

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

_____

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

ДАННЫЕ УЗИ

(предоставить копию заключения УЗИ)

Дата проведения УЗИ: _____ / _____ / _____ Срок беременности по УЗИ: _____
День Месяц Год

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)

Копчико-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