



ФИО пациента

Телефон или e-mail

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ФИО врача

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Пол: М Ж

День цикла:

--	--

Срок беременности (недели):

--	--

Дата взятия:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Номер медицинской карты:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Штрих-код

13.4

Принимаемые препараты _____ Наименование мед. организации _____

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Неинвазивный пренатальный ДНК скрининг

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	19.08.002 - Неинвазивное определение резус-фактора плода
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	19.08.009 - Неинвазивное определение пола плода. Скрининговый тест
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	19.08.003 - НИПС Т21 - Неинвазивный пренатальный ДНК скрининг на синдром Дауна
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	19.08.004 - НИПТ стандартная панель
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	19.08.007 - НИПТ Panorama (Natera, США), базовая панель - неинвазивный пренатальный ДНК тест на 8 синдромов
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	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 определен 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 ребенок с врожденными пороками развития в анамнезе
 подозрение на хромосомную аномалию плода по УЗИ (увеличение толщины воротникового пространства, отсутствие носовой кости, выявление пороков развития) нужно подчеркнуть, приложить результаты УЗИ
 риск анеуплоидий по результатам биохимического скрининга (приложить результаты пренатального скрининга)
 семейная история (в роду были анеуплоидии или наследственные заболевания)
 бесплодие в анамнезе
 другое _____

Я, _____ подтверждаю,

что пробирки с биоматериалом промаркированы в моем присутствии и срок годности не истек.

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

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	19.09.001 - Хромосомный микроматричный анализ (молекулярно-генетический анализ aCGH) при неразвивающейся беременности (абортный материал)
--------------------------	----------------------------------	---

	НИПС Т21 с 10 недель	НИПТ стандартная панель с 10 недель	PANORAMA с 10 недель
Пол плода	+	+	+
Синдром Дауна (Трисомия 21)	+	+	+
Синдром Эдвардса (Трисомия 18)	-	+	+
Синдром Патау (Трисомия 13)	-	+	+
Синдром Тернера (Моносомия X)	-	+	+
Синдром Клайнфельтера (Дисомия X)	-	+	+
Синдром Якобса (Дисомия Y)	-	+	+
Синдром XXX (Трисомия X)	-	+	+
Микроделеционные синдромы	-	-	+
Триплоидия	-	-	+
Донорская яйцеклетка	+	+	+
Суррогатная мать	+	+	+
Многоплодная беременность	+	+	+
Редукция одного эмбриона	+	+	-
Аутосомно-рецессивные заболевания	-	-	-
Аутосомно-доминантные заболевания (Vistara доп. опция к Panorama)	-	-	+

