



Наименование направляющего учреждения _____ Код направляющего учреждения _____

Фамилия пациента _____ Имя пациента _____

Отчество пациента _____ Дата рождения пациента _____

Контактный телефон пациента ; врача Пол пациента Женский Мужской Срок беременности на день взятия крови _____

Беременность Да Нет Недель _____ Дней _____

Время взятия образца _____

Дата взятия образца _____

Фамилия врача _____ И.О. врача _____ Код пациента _____

Вакуумная пробирка с разделительным гелем ШТРИХКОД ПРОБЫ [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Исследование крови		приоритет обычный	КРОВЬ (СЫВОРОТКА)
	ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ С РАСЧЕТОМ РИСКОВ В ПРОГРАММЕ ASTRIA			
<input type="checkbox"/> 300272 Пренатальный скрининг I триместра с расчетом рисков в программе Astraia (свободный b-ХГЧ, PAPP-A)	<input type="checkbox"/> 300273 Пренатальный скрининг I триместра с расчетом рисков в программе Astraia (свободный b-ХГЧ, PAPP-A, PLGF)			

Внимание! Исследования проводятся только при копчико-теменном размере плода в интервале 45-84 мм.

Фамилия И.О. врача УЗИ _____ Сертификат FMF. Обязательно! _____

Внимание! Файл действующей лицензии FMF отправить на e-mail, указанный в информационном письме. При отсутствии данных расчет не проводится!

Данные о пациентке

Дата начала последней менструации _____ Количество беременностей, прогрессировавших более 24 нед. _____ Количество родов в сроки 22-30 нед. _____ Дата последних родов (при сроке >24 недель) _____

Количество беременностей (всего) _____ Количество беременностей завершившихся в 16-30 недель _____ Количество родов в сроки 31-36 нед. _____ Срок беременности на момент родов при последней беременности _____

Количество родов (всего) _____ Количество родов после 37 нед. _____ _____ недель _____ дней

Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности Да Нет

Этническая группа: Европейская Африканская Азиатская Монголоидная Другая

Предыдущие беременности: Синдром Дауна Да Нет Синдром Эдвардса Да Нет Синдром Патау Да Нет

Масса тела на день взятия крови _____ кг Рост _____ см Курение Да Нет

Сахарный диабет Нет 1 тип 2 тип гестационный

Преэклампсия в анамнезе: Неизвестно Нет Да, у пациентки Да, у матери пациентки Да, у обеих

Хроническая гипертензия: Неизвестно Нет Да, гипертензия без лечения Да, с приемом медикаментов

Системная красная волчанка Да Нет Антифосфолипидный синдром Да Нет

Данные о вспомогательных репродуктивных технологиях

Вспомогательные репродуктивные технологии: Нет Да, уточнить какие _____

Индукция овуляции ЭКО ICSI Другое

Дата взятия яйцеклеток _____ Дата подсадки эмбрионов _____

Донорская яйцеклетка

Дата взятия яйцеклеток _____ Дата подсадки эмбрионов _____

Дата рождения донора _____

Внимание! Требуется обязательное заполнение всех полей на лицевой и на оборотной стороне бланка.

VERTE!

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО
ЗАКАЗАННЫХ АНАЛИЗОВ _____

Бланк заказа заполняется только печатными буквами
черной или синей ручкой!

Выбрать
 Отменить

SD01

Данные о пациентке

Артериальное давление

Дата измерения давления - -

АД на левой руке (1 измерение) / мм рт. ст.

АД на левой руке (2 измерение),
через 5 мин. / мм рт. ст.

АД на правой руке (1 измерение) / мм рт. ст.

АД на правой руке (2 измерение),
через 5 мин. / мм рт. ст.

Данные УЗИ

Дата проведения УЗИ - - Срок беременности по данным УЗИ Недель Дней

Количество плодов Монозиготы Да Нет Для многоплодной беременности монохориальность дихориальность

Копчиково-теменной размер (КТР) 1 плода мм, 2 плода* мм,

Внимание! Исследования проводятся только при копчиково-теменном размере плода в интервале 45-84 мм.

Бипариетальный размер (БПР) 1 плода мм, 2 плода* мм,

Толщина воротникового пространства (ТВП) 1 плода мм, 2 плода* мм,

Окружность головы 1 плода мм, 2 плода* мм,

Визуализация носовой кости 1 плода Да Нет 2 плода* Да Нет

ЧСС 1 плода уд/мин, 2 плода* уд/мин

Пульсационный индекс венозного протока 1 плода , 2 плода* ,

Допплерометрия трикуспидального клапана 1 плода норма регургитация 2 плода* норма регургитация

Дата доплерометрии - -

Пульсационный индекс кровотока в маточных артериях: правая , левая ,

Длина цервикального канала мм,

* Внимание! При беременности двойней рассчитываются только риски хромосомных аномалий и преэклампсии.

Должность лица, направляющего биоматериал на исследование

ФИО, направляющего биоматериал на исследование

Подпись лица, направляющего биоматериал на исследование

Печать врача УЗИ