

! Для исследования используется венозная кровь, взятая в сухую пробирку или пробирку с гелем (красная крышка). Транспортировать не более 2-3 часов при температуре 2-4°C. При необходимости более длительной транспортировки необходимо из крови получить сыворотку. Доставить в лабораторию в течение 8 часов при температуре 2-4°C.

Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество: _____
 Номер карты*:- Врач: _____ Дата рождения: . .

Факторы, используемые для расчета рисков: Масса тела на дату сдачи крови: кг.
Курение: ДА НЕТ Двойня: ДА НЕТ Инсулинозависимый сахарный диабет: ДА НЕТ

Раса: Европейская Африканская Азиатская Латиноамериканская Другая (нужное подчеркнуть)

Беременность наступила в результате ЭКО: ДА НЕТ

Если ЭКО: Донорская яйцеклетка ДА / НЕТ Возраст донора лет

Дата забора яйцеклеток: . . **Дата подсадки эмбрионов** . .

Первый день последней менструации: . . Дата зачатия: . .

Нарушения цикла: ДА НЕТ Продолжительность менструального цикла в течение последнего года (в днях, от первого дня менструации до первого дня следующей): в среднем самый короткий самый длинный .

УЗИ в 10-13 недель (в ЦИР): дата . . Врач _____

КТР (мм): ТВП (мм): , Срок беременности (нед. + дни): нед дней

Дата сдачи крови: . .

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

Предыдущие беременности: Количество _____ Исходы: _____
 Синдром Дауна: Да/Нет Синдром Эдвардса: Да/Нет Дефекты нервной трубки: Да/Нет Другое: _____

Другие УЗИ во время данной беременности: дата, врач _____ результаты _____

Другие скрининги во время данной беременности (результаты): _____

<input type="checkbox"/> 10-13 недель беременности		1 ВЫБЕРИТЕ ДИАПАЗОН	<input type="checkbox"/> 14-20 недель беременности		
<input type="checkbox"/> 10 нед + 1-6 дней	<input type="checkbox"/> 11 нед + 1-6 дней		<input type="checkbox"/> 14 нед + 1-6 дней	<input type="checkbox"/> 15 нед + 1-6 дней	<input type="checkbox"/> 16 нед + 1-6 дней
<input type="checkbox"/> 12 нед + 1-6 дней	<input type="checkbox"/> 13 нед + 1-6 дней	2 ОТМЕТЬТЕ СРОК БЕРЕМЕННОСТИ	<input type="checkbox"/> 17 нед + 1-6 дней	<input type="checkbox"/> 18 нед + 1-6 дней	<input type="checkbox"/> 19 нед + 1-6 дней
<input type="checkbox"/> Двойной тест (св.ХГЧ, РАРР-А)			3 ОТМЕТЬТЕ СКРИНИНГ	<input type="checkbox"/> Комбинированный скрининг II триместра с ингибином А(ХГЧ, АФП, св.эстриол, ингибин А, данные УЗИ) - рекомендуемый полный тест II триместра	
<input type="checkbox"/> Комбинированный скрининг I трим. (св.ХГЧ, РАРР-А, данные УЗИ)		<input type="checkbox"/> Четверной тест (ХГЧ, АФП, св.эстриол, ингибин А) - рекомендуемый полный тест II триместра			
		<input type="checkbox"/> Тройной тест (ХГЧ, АФП, св.эстриол)			
		<input type="checkbox"/> Тройной тест со свободным бета-ХГЧ (своб.бета.ХГЧ, АФП, св.эстриол)			
		<input type="checkbox"/> Комбинированный скрининг II триместра (ХГЧ, АФП, св.эстриол, данные УЗИ)			

Учреждение, где Вы наблюдаетесь: _____ ФИО врача _____

КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН: _____ ДАТА: _____

Я, _____, не возражаю против того, чтобы в случае необходимости сотрудник лаборатории связался со специалистами лечебного отделения Центра иммунологии и репродукции. Также я согласна, что по результатам скрининга со мной может связаться врач Центра иммунологии и репродукции по указанному выше телефону.

Подпись пациентки: _____