

Наименование направляющего учреждения

Код направляющего учреждения

Фамилия пациента

Имя пациента

Отчество пациента

Пол пациента
☒ Женский

Дата рождения пациента

Контактный телефон

Беременность
☒ Да

Срок беременности (недель)
по данным УЗИ на момент
взятия крови (не менее 10 недель)

Время взятия образца

Диагноз

Дата взятия образца

Фамилия врача

И.О. врача

Код пациента

Дополнительные данные о пациентке. Требуется обязательное заполнение всех полей!

Исследование не проводится при беременности с двумя и большим количеством плодов в случае суррогатного материнства и/или донорства ооцитов

Рост см. Вес кг.

Первый день последней менструации - - 2 0 2

Количество плодов: ☐ 1; ☐ 2

Двойня: ☐ Бихориальная; ☐ Монохориальная

Беременность в результате ЭКО: ☐ Да; ☐ Нет

Заполняется при беременности в результате ЭКО (только при одноплодной беременности)

Суррогатное материнство: ☐ Да; ☐ Нет

Донорство ооцитов: ☐ Да; ☐ Нет

Возраст матери на момент пункции лет

Состояние здоровья пациента

Получала переливание донорской крови в течение года: ☐ Нет; ☐ Да

Дата переливания - - 2 0 2

Получала терапию гепарином в течение 24 часов: ☐ Нет; ☐ Да

Получала терапию человеческим сывороточным альбумином /иммунотерапию в течение 4 недель: ☐ Нет; ☐ Да

Установлена гибель одного из плодов в течение 8 недель: ☐ Нет; ☐ Да

Дата остановки развития плода - - 2 0 2

Показания для проведения теста

Диагностированная хромосомная патология плода/ребенка в предыдущих беременностях: ☐ Нет; ☐ Да

Указать _____

Повышенный риск хромосомной патологии по результатам комбинированного скрининга: ☐ Нет; ☐ Да

Указать расчетный риск _____

Поздний репродуктивный возраст: ☐ Нет; ☐ Да

Узнать пол плода (только при одноплодной беременности): ☐ Нет; ☐ Да

Вакуумная пробирика	НЕИНВАЗИВНЫЙ ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ТЕСТ			КРОВЬ (scf-DNA), НИПТ
	☐ 190101 НИПТ, 1 синдром: Дауна	☐ 190102 НИПТ, 3 синдрома: Дауна, Эдвардса, Патау	☐ 190103 НИПТ, 6 синдромов: Дауна, Шерешевского-Тернера, трисомия X, Клайнфельтера, Джейкобса, XXYY	☐ 190104 НИПТ, 8 синдромов: Дауна, Эдвардса, Патау, Шерешевского-Тернера, трисомия X, Клайнфельтера, Джейкобса, XXYY
	Возможность проведения исследования			
Беременность				
Одноплодная	Да	Да	Да	Да
Двуплодная (естественная)	Да	Да	Нет	Нет
Двуплодная с применением донорских программ (суррогатное материнство, донорство ооцитов)	Нет	Нет	Нет	Нет
Тремя и более плодами	Нет	Нет	Нет	Нет

Подтверждение и подпись пациента

Пробирика с кровью промаркирована в моем присутствии, в направлении бланке все данные указаны верно.
К настоящему направлению бланку прилагается информированное согласие на проведение неинвазивного пренатального тестирования плода на наличие анеуплоидий. Информированное согласие мною прочитано и собственноручно подписано.

Дата: - - 2 0 2

Подпись пациентки: _____