SG

Lab Quest

ЛАБОРАТОРИЯ БУДУЩЕГО LAB OF THE FUTURE

НАПРАВЛЕНИЕ
В ЛАБОРАТОРИЮ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Код ЛПУ

Название направляющего учреждения

Фамилия пациента

Имя пациента

Отчество пациента

Дата рождения пациента

Д Д – М М – Г Г Г Г

Рост

Вес

Дата взятия образца

Д Д – М М – 2 0 Г Г

E-mail

Тел.

КОД УСЛУГИ	АРТИКУЛ	НАИМЕНОВАНИЕ	КОЛИЧЕСТВО СИНДРОМОВ
☐ D078	834	Неинвазивное определение пола плода по крови матери (с 10 недели беременности)	
☐ D079	26	Неинвазивное определение резус-фактора плода по крови матери (с 10 недели беременности)	

КОД УСЛУГИ	АРТИКУЛ	НАИМЕНОВАНИЕ	КОЛИЧЕСТВО СИНДРОМОВ
☐ D080	1110	НИПТ - неинвазивный пренатальный тест на трисомию по 21 хромосоме (определение наличия у плода синдрома Дауна)	1
☐ D122	1438	НИПТ - неинвазивное пренатальное тестирование плода на трисомию по 13, 18, 21 хромосомам и наличие анеуплоидий X, Y хромосом	5

Условные обозначения: Пробирка STRECK (10мл. венозной крови)

ИНФОРМАЦИЯ О БЕРЕМЕННОСТИ:

Срок беременности ☐☐ Недель ☐☐ Дней

Определен по УЗИ (дата «_____» _____) или ☐ ПМЦ

ЭКО: ☐ нет ☐ да

Если ЭКО было, яйцеклетка: своя ☐ донорская ☐

Возраст на момент извлечения яйцеклетки ☐☐ лет

Редукция эмбриона: ☐ ДА — НЕТ ☐

Суррогатная мать: ☐ ДА — НЕТ ☐

Число плодов: ☐ — ☐ ☐ Монохориальная двойня ☐ Дихориальная двойня

Пол плода (при отсутствии отметок, пол плода определяется): ☐ ДА — НЕТ ☐

ВАЖНО ЗАПОЛНИТЬ ВСЕ ПОЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ!

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Препараты ВААРВТ в течение настоящей беременности: ☐ не получает ☐ получает

Препараты низкомолекулярных гепаринов (фраксипарин, клексан и др.) в течение настоящей беременности: ☐ не получает ☐ получает, последнее введение (дата)_____.

Имеются ли новообразования (в т.ч. доброкачественные): ☐ да ☐ нет

Получала ли гемотрансфузии (в последний год): ☐ да ☐ нет

Получает ли лучевую или иммунную терапию (в т.ч. трансплантацию стволовых клеток): ☐ да ☐ нет

Была ли трансплантация органов: ☐ да ☐ нет

Были ли травмы в последний год: ☐ да ☐ нет

Дата последнего хирургического вмешательства, включая аборт: ☐ не было

Дата если было вмешетельство_____

Была ли замершая беременность в последние 3 месяца: ☐ да ☐ нет

Выполнялось ли предимплантационное генетическое тестирование эмбрионов (ПГТ): ☐ да ☐ нет

Результаты ПГТ:

Указать лабораторию, выполнявшую ПГД

Хромосомные аномалии у супругов:

ДРУГОЕ:

Ф.И.О врача

E-mail врача

Тел.врача

Город

Дата _____

Подпись врача _____

Подпись пациента _____