Штрих-код

Телефоны единой справочной службы:
8 (861) 238-87-73, 8 (800) 100-87-73
www.smartmedlab.ru
info@smartmedlab.ru

СМЛаб
Быстро. Технологично. Доступно.

Медофисы в Краснодаре:
ул. Кожевенная, д 44
ул Ковалева, д 5
Лицензия № ЛО-23-01-009572

Фамилия:
Имя:
Отчество:
Телефон:
Email:
Врач:
Пробу взял:
Доп. информация:

7.4

Пол: ☐ М ☐ Ж
Дата рождения: Д Д М М Г Г Г Г
Дата взятия пробы: Д Д – М М – Г Г Г Г
Код:
Беременность: ☐☐ нед.
День цикла: ☐☐
☐ Менопауза
Кол-во тестов: ☐☐

ПРОГРАММА ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА (PRISCA)

☐	●	**Пренатальный скрининг I триместра беременности (10-13 недель):** ассоциированный с беременностью протеин А (PAPP-A), свободная субъединица бета-ХГЧ	2	06.04.001

☐	●	**Пренатальный скрининг II триместра беременности (15-19 недель):** альфа-фетопротеин (АФП), общий бета-ХГЧ, эстриол свободный	2	06.04.002

Внимание! Назначение пренатального скрининга в период 13-15 недель НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ.

АНКЕТА

(обязательно для заполнения)

Факторы, используемые для расчета рисков:

Масса тела на дату взятия крови: ☐☐☐ кг. Курение: Да ☐ Нет ☐

Раса: Азиатская ☐ Африканская ☐ Европейская ☐ неизвестно ☐

Инсулинозависимый сахарный диабет: Да ☐ Нет ☐

Беременность наступила в результате ЭКО: Да ☐ Нет ☐

ЭКО Дата забора яйцеклеток: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (День / Месяц / Год) Дата подсадки эмбриона: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (День / Месяц / Год)

Дата рождения донора яйцеклетки: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (День / Месяц / Год) ☐ Донора нет

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

_____

_____

Срок беременности на дату взятия крови: _____ Первый день последней менструации ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (День / Месяц / Год)

ДАННЫЕ УЗИ

(предоставить копию заключения УЗИ)

Дата проведения УЗИ: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (День / Месяц / Год) Срок беременности по УЗИ: _____

Фамилия врача УЗД _____

Число плодов: _____ Бипариетальный размер: _____ (26 - 52 мм) ТВП (шейная складка): _____ (0.1 - 6.0 мм)

Копчико-теменной размер: _____ **(обязательны данные 11-13 недель)** (38 - 84 мм) Носовая кость: _____

ВНИМАНИЕ! Без данных УЗИ расчет рисков НЕВОЗМОЖЕН

Ф.И.О. врача, направляющего материал: _____

Контактный телефон: _____

Дата взятия биологического материала: _____ Подпись: _____

РАСШИФРОВКА ОБОЗНАЧЕНИЙ	
●	Пробирка с красной крышкой