Штрих - код

Телефон единной справочной службы: 8(800) 100-87-73
www.smlab.ru
info@smlab.ru
Лицензия ЛО41-01168-01/00561108 от 20.08.2020

СМЛаб
Быстро Технологично Доступно

Мед офисы в Краснодаре:
ул. Кожевенная 44,
ул. Ковалева 5,
ул. Ставропольская 80,
ул. Черкасская 28,
ул. Трудовой славы 14/1.
Мед офис в Майкопе:
ул. Пролетарская 334.

Фамилия: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Имя: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Отчество: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

7.6

Пол: ☐ М ☐ Ж

Код: ☐☐☐☐

Дата Рождения: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Дата взятия пробы: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Телефон: _____ Email: _____

Врач: _____ Пробу взял: _____

Беременность: ☐☐ нед. День цикла: ☐☐ ☐ Менопауза

Доп. информация: _____ Кол-во тестов: ☐☐

Срок выполнения исследований указан в рабочих днях.

ПРОГРАММА ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА (PRISCA)

☐	**Пренатальный скрининг I триместра беременности (10-13 недель):** ассоциированный с беременностью протеин А (PAPP-A), свободная субъединица бета-ХГЧ	6-8	06.04.001
☐	**Пренатальный скрининг II триместра беременности (15-19 недель):** альфа-фетопротеин (АФП), общий бета-ХГЧ, эстриол свободный	6-8	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

Инсулиновый сахарный диабет: Да ☐ Нет ☐

Беременность наступила в результате ЭКО: Да ☐ Нет ☐

ЭКО Дата забора яйцеклеток: ☐☐ ☐☐ ☐☐ (День Месяц Год) Дата посадки 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: _____ Носовая кость: _____

(обязательны данные 11-13 недель) **(38-84 мм)**

ВНИМАНИЕ! Без данных УЗИ расчет рисков НЕВОЗМОЖЕН

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

Контактный телефон:_____

Дата взятия биологического материала:_____ Подпись:_____

РАСШИФРОВКА ОБОЗНАЧЕНИЙ	
●	Пробирка с желтой крышкой