ООО «ИНВИТРО», 125047, г. Москва, ул. 4-ая Тверская-Ямская, д. 16, корп. 3
тел./факс: (800) 200 363 0, (495) 363 0 363, www.invitro.ru

ИНВИТРО®

Заполнять **ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ** буквами

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения: / / (число, месяц, год) Пол: (муж, жен) Номер полиса: Номер ДК:

Тел./моб.: sms: Штрих-код:

e-mail: Кодовое слово:

Диагноз:

Дата начала заболевания:

Принимаемые препараты:

ФИО врача:

☐ Предупрежден(а) о правилах подготовки перед взятием и(или) приёмом биоматериала. ☐ Пробирка(и) промаркирована(ы) в моем присутствии.

☐ С данными бланка ознакомлен(а), претензий не имею. подпись/расшифровка / / (число, месяц, год)

ASTRAIA — ПРОГРАММА ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

Внимание! Для точного расчета нужно обязательно заполнить все поля!

Дополнительные сведения о пациентке

Возраст		лет
Вес		кг
Курение (да, нет)		
Этническая принадлежность	европейская	
	азиатская	
	африканская	
	неизвестно	
Наличие диабета (да, нет)		
Трисомия 13 при предыдущих беременностях (да, нет)		
Трисомия 18 при предыдущих беременностях (да, нет)		
Трисомия 21 (синдром Дауна) при предыдущих беременностях (да, нет)		
Наличие ЭКО (да, нет)		
При ЭКО: донорская яйцеклетка (да, нет)		
Возраст женщины-донора яйцеклетки		лет

Данные УЗИ

Точная дата проведения УЗИ		
Срок беременности по УЗИ	недель	дней
Количество плодов		
Визуализация носовой кости (да, нет)		
Копчиково-теменной размер (КТР)		45–84 мм
Бипариетальный размер (БПР)		
Толщина воротникового пространства (ТВП)		0,0–0,25 мм
Трикуспидальная регургитация (да, нет)		

— допустимые пределы для ввода в программу

ФИО врача, проводившего УЗИ

ФИО врача, проводившего УЗИ (указать латинскими буквами)

FMF Id врача

Пренатальный скрининг трисомий: 1 триместр (оптимально 9–12 недель)

Исследуемый материал: сыворотка крови — пробирка с красной крышкой

ASTR1	**Биохимический скрининг 1-го триместра беременности для программы Астрайя (Astraia)** (свободная бета-субъединица ХГЧ + PAPP-A (технология Cobas e, Roche))	030 ●

ФИО направляющего врача

Телефон врача e-mail врача

Настоящим подтверждаю свое согласие на отправку результатов исследования на указанный(ые) адрес(а) электронной почты

Пациент / (ФИО, подпись) Сотрудник «ИНВИТРО» / (ФИО, подпись)

бланк действует с 01.06.2016