BION
Клинико-диагностическая лаборатория
(495) 141-94-00 | bionlab.ru
Лицензия № ЛО41-01162-50/00370168 от 06 июня 2019 г.

8

ORD08-V03P1

Код ЛПУ

Дата и время взятия пробы день . месяц . год / час : мин

Фамилия

Имя

Отчество

Страховая компания

Полис: серия

номер

Пол муж. жен.

Дата рождения день . месяц . год

Срок беременности недель

Ф.И.О врача

№ амбулаторной карты

Общее количество заказанных исследований

Отделение

Диагноз

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

Программа DELFIA-LifeCycle®

☐ **K071** **DELFIA-LifeCycle 1 триместр беременности (11–13 недель)**
Определение комбинированных рисков хромосомной патологии, задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии

ВСЕ ПУНКТЫ ЗАПОЛНЯТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНО!

Заказчик _____

Врач _____ подпись _____ Ф.ИО.

Дата взятия крови день . месяц . год

Пациент (печатными буквами!)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения день . месяц . год

Рост _____ см **Вес** _____ кг

Артериальное давление (двукратное измерение)

Дата измерения день . месяц . год

	Систолическое/диастолическое	Систолическое/диастолическое
Левая рука		
Правая рука		

Анамнез: первый день последней менструации _____

Количество плодов:

Количество беременностей (всего):		Количество родов (всего):	
Не было беременностей, прогрессировавших более 16 нед.:	☐ да ☐ нет	Количество индуцированных родов до 37 нед.:	
Количество беременностей, прогрессировавших более 23 нед.:		Количество родов в 16-30 нед.:	
Риск преждевременных родов:	☐ да ☐ нет	Количество родов в 31-36 нед.:	
		Количество родов после 37 нед.:	

Этническая принадлежность (раса): ☐ европейская ☐ азиатская ☐ африканская ☐ неизвестно

Самый маленький предыдущий ребенок вес_____**г, срок** _____**недель**

Курение: ☐ да ☐ нет

Сахарный диабет: нет☐, 1 тип☐, 2 тип☐, гестационный☐

Системная красная волчанка: ☐ да ☐ нет

Индукция овуляции: ☐ да ☐ нет

Хроническая гипертензия: ☐ да ☐ нет

Антифосфолипидный синдром: ☐ да ☐ нет

Преэклампсия при предыдущей беременности: ☐ да ☐ нет

Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе: ☐ да ☐ нет

Наличие ЭКО: ☐ да ☐ нет

Дата переноса: _____

Дата пункции (дд.мм.гг): _____

Донорская яйцеклетка: да, нет: _____

Дата рождения донора (дд.мм.гг): _____

Данные УЗИ

Дата УЗИ, при котором проведены измерения: _____

Копчикотеменной размер (КТР, CRL, от 45 до 80 мм) : _____

Величина шейной складки (ТВП)_____ Кость носа _____

Данные допплеровского исследования

Срок беременности на день взятия крови по УЗИ: _____

Пульсационный индекс кровотока в маточных артериях

Дата допплеровского исследования: _____

Левая маточная артерия: _____

Правая маточная артерия: _____

ФИО, врача УЗИ: _____

МАТЕРИАЛ НА ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИНИМАЕТСЯ ТОЛЬКО В КОНТЕЙНЕРАХ И ПРОБИРКАХ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ ЛАБОРАТОРИЕЙ!

ШТРИХ-КОД

Возникли вопросы по заполнению данного бланка!?
Смотрите обучающее видео на нашем сайте https://bionlab.ru в разделе «Учебный центр».

BION
Клинико-диагностическая лаборатория
(495) 141-94-00 | bionlab.ru
Лицензия № ЛО41-01162-50/00370168 от 06 июня 2019 г.

8

ORD08-V03P2

Код ЛПУ

Дата и время взятия пробы день . месяц . год / час : мин

Фамилия

Имя

Отчество

Пол муж. жен.

Дата рождения день . месяц . год

Страховая компания

Полис: серия

номер

Срок беременности недель

Ф.И.О врача

№ амбулаторной карты

Общее количество заказанных исследований

Отделение

Диагноз

РАСЧЁТ РИСКА ПАТОЛОГИИ ПЛОДА, ПРОГРАММА PRISCA 5.0

☐ **K070** **PRISCA Пренатальный скрининг 1 триместра беременности (10–13 недель)**
Определение риска развития трисомии 21 (синдром Дауна), трисомии 18 (синдром Эдвардса)
1. Ассоциированный с беременностью плазменный белок А (PAPP-A)
2. Свободная β-субъединица ХГЧ

☐ **K075** **PRISCA Пренатальный скрининг 2 триместра беременности (14–20 недель, оптимально 16–18 недель)**
Определение риска развития трисомии 21 (синдром Дауна), трисомии 18 (синдром Эдвардса) и дефекта нервной трубки
1. АФП (альфа-фетопротеин)
2. ХГЧ (β-ХГЧ) общий
3. Эстриол свободный (Е3)

МАТЕРИАЛ НА ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИНИМАЕТСЯ ТОЛЬКО В КОНТЕЙНЕРАХ И ПРОБИРКАХ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ ЛАБОРАТОРИЕЙ!

☐ Пробирка с гелем красная/жёлтая крышка

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТКЕ

Возраст лет **Вес** кг **Курение** ☐ да ☐ нет

Этническая принадлежность (раса) ☐ европейская ☐ азиатская ☐ африканская ☐ неизвестно

Сахарный диабет ☐ да ☐ нет

Предыдущие беременности с Трисомией 21 (синдром Дауна) ☐ да ☐ нет

ЭКО ☐ да ☐ нет

При экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО)

Донорская яйцеклетка ☐ да ☐ нет

Дата рождения донора яйцеклетки день . месяц . год

Этническая принадлежность (раса) донора яйцеклетки
☐ европейская ☐ азиатская ☐ африканская ☐ неизвестно

ДАННЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (УЗИ)

Точная дата проведения УЗИ день . месяц . год

Количество плодов

		Допустимые пределы для ввода в программу
Копчиково-теменной размер (КТР) (1 триместр)	мм	38-84 мм
Бипариетальный размер (БПР) (2 триместр)	мм	26-52 мм
Толщина воротникового пространства (ТВП)	мм	0,1-6,0 мм

Срок беременности по УЗИ недель дней

Носовая кость ☐ присутствует ☐ отсутствует

Исследование проводил: врач подпись Ф.ИО.

Фамилия, имя, отчество направляющего врача подпись Ф.ИО.

Контактный телефон

ШТРИХ-КОД

Возникли вопросы по заполнению данного бланка!?
Смотрите обучающее видео на нашем сайте https://bionlab.ru в разделе «Учебный центр».