

**НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ
КОМБИНИРОВАННАЯ ОЦЕНКА РИСКОВ ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ,
ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА,
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И ПРЕЭКЛАМПСИИ.
(СТРОГО в 11-13,6 нед. Все пункты заполнять обязательно!)**

Заказчик _____

Врач _____

Дата взятия крови _____

Пациент (печатными буквами!)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения (дд.мм.гг) _____

Анамнез: первый день последней менструации _____

Количество плодов:

Количество беременностей (всего) _____	Количество родов (всего) _____
Не было беременностей,	Кол-во индуцированных родов до 37 нед ____
прогрессировавших более 16 нед) да, нет	Количество родов в 16-30 нед ____
Количество беременностей,	Количество родов в 31-36 недель ____
прогрессировавших более 23 нед ____	Количество родов после 37 недель ____
	Риск преждевременных родов _____

Этническая группа _____

Самый маленький предыдущий ребенок вес __ г, срок __ недель

Курение: да, нет Индукция овуляции: да, нет

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

Хроническая гипертензия: да, нет

Системная красная волчанка: да, нет

Антифосфолипидный синдром: да, нет

Преэклампсия при предыдущей беременности: да, нет

Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе: да, нет

Наличие ЭКО

Дата переноса _____

Дата пункции (дд.мм.гг) _____

Донорская яйцеклетка: да, нет _____

Дата рождения донора (дд.мм.гг) _____

Вес _____ Рост _____

Артериальное давление (двукратное измерение)

Дата измерения _____

Систолическое/диастолическое

Систолическое/диастолическое

Левая рука

Правая рука

Данные УЗИ

Дата УЗИ, при котором проведены измерения _____

Копчиково-теменной размер (КТР, CRL, от 45 до 80 мм) _____

Величина шейной складки (ТВП) _____ Кость носа _____

Срок беременности на день взятия крови по УЗИ _____

Данные доплеровского исследования:

Дата доплеровского исследования: _____

Пульсационный индекс кровотока в маточных артериях:

Левая маточная артерия _____

Правая маточная артерия _____

ФИО врача УЗИ _____