

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА НИПТ РАСШИРЕННЫЙ

ВНИМАНИЕ!
ВСЕ ПОЛЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ К ЗАПОЛНЕНИЮ!
ПРИ НЕПОЛНОМ ЗАПОЛНЕНИИ СВЕДЕНИЙ ВОЗМОЖНО УВЕЛИЧЕНИЕ СРОКА ВЫПОЛНЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ
В СВЯЗИ С ЗАПРОСОМ НЕДОСТАЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИИ.

ЗАПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Наименование ЛПУ:

Фамилия врача И.О. врача

Контактный телефон email

С данными бланка ознакомлен(а), претензий не имею Пробирка(и) промаркирована(ы) в моём присутствии

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия пациента Имя пациента Отчество пациента

Паспорт: серия № выдан кем

Адрес проживания

Дата рождения пациента - - Телефон пациента

email Рост: см Вес: кг

ИНФОРМАЦИЯ О БЕРЕМЕННОСТИ

Срок беременности Недель Дней

Количество плодов: один два

Если двойня: монохориальная дихориальная

Возраст на момент извлечения яйцеклетки: лет

Определен: УЗИ (дата «.....») ПМЦ

ЭКО: да нет

Если ЭКО, яйцеклетка: своя донорская

ИССЛЕДОВАНИЕ

D679
НИПТ Расширенный

Пробирка со стабилизатором внеклеточной ДНК

СКРИНИНГ 1 ТРИМЕСТРА Дата проведения: - -

нет да Риск T21 1: Риск T13 1: Риск T18 1:

Определять пол плода?
 да нет (при отсутствии отметки пол плода определяется)

Сообщить о случайных находках?
 да нет (при отсутствии отметки пол плода определяется)

ОТМЕТИТЬ НАЛИЧИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ НА МОМЕНТ ЗАБОРА КРОВИ

переливание крови в предшествующие полгода пересадка органов и тканей

иммунотерапия и терапия стволовыми клетками онкологическое заболевание

синдром исчезающего близнеца при дуплодной беременности

Подпись пациента: _____ / _____ /

Дата забора биоматериала: - - Дата: - -

Медицинская сестра: _____ / _____ /

Время забора: -