

Название направляющего учреждения

Код направляющего
учреждения

Фамилия пациента

Дата рождения пациента

Имя пациента

Дата взятия образца

Отчество пациента

Срок беременности на день взятия крови

Диагноз

 Недель Дней

НАИМЕНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

КРОВЬ (СЫВОРОТКА) 

МЕСТО ДЛЯ ШТРИХ КОДА

☐ **R1090**Пренатальный биохимический скрининг I триместра
беременности, с расчетом риска (для внесения в программу Astraia)

Дополнительные данные о пациентке

Количество
плодов Масса тела беременной
на день взятия крови кг

Курение

☐ Да ☐ Нет

ЭТНИЧЕСКАЯ ГРУППА

☐ Европейская☐ Африканская☐ Монголоидная☐ Южно Азиатская☐ Северно Азиатская☐ ДругоеСахарный диабет ☐ Нет ☐ I тип ☐ II типСиндром Дауна ☐ Да ☐ НетЭКО ☐ Да ☐ Нет

ДАННЫЕ ПРЕДЫДУЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Длительность предыдущих беременностей
более 24-х недель ☐ Да ☐ НетБыла ли преэклампсия
☐ Да ☐ Нет

ДАННЫЕ УЗИ

Дата проведения УЗИ

 - - 0

Срок беременности по данным УЗИ

 Недель Дней

КОПЧИКО-ТЕМЕННОЙ РАЗМЕР (КТР, FETAL CROWN-RUMP LENGTH)

1-го плода мм2-х плодов мм

ТОЛЩИНА ВОРОТНИКОВОГО ПРОСТРАНСТВА (ТВП, NUCHAL TRANSLUCENCY)

1-го плода мм2-х плодов мм

ЧСС (FETAL HEART RATE)

1-го плода ударов/мин2-х плодов ударов/минФИО врача,
проводившего УЗИФИО врача, направившего
пациентку на обследование

Бланк заказа заполняется только печатными буквами черной или синей ручкой!

☒ Выбрать Отменить