



ЛАБОРАТОРИЯ БУДУЩЕГО LAB OF THE FUTURE

МЕСТО ДЛЯ ШТРИХ КОДА

--	--	--	--	--	--	--	--

НАПРАВЛЕНИЕ В ЛАБОРАТОРИЮ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Код ЛПУ	Название направляющего учреждения
---------	-----------------------------------

Фамилия пациента	Имя пациента	Отчество пациента

Дата рождения пациента Рост Вес Дата взятия образца

! ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О БЕРЕМЕННОСТИ. ТРЕБУЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ЗАПОЛНЕНИЕ ВСЕХ ПОЛЕЙ!

ИНФОРМАЦИЯ О БЕРЕМЕННОСТИ:

Срок беременности Недель Дней Определен по УЗИ (дата «») ПМЦ

ЭКО ☐ да ☐ нет Если ЭКО было, яйцеклетка: ☐ своя ☐ донорская Возраст на момент извлечения яйцеклетки лет

Редукция эмбриона

☐ ДА

☐
☐

☐ НЕТ

Суррогатная мать

☐ ДА

☐
☐

☐ НЕТ

Число плодов

☐

☐
☐

☐

Определение наличия Y-хромосомы (пол плода)

☐ ДА

☐
☐

☐ НЕТ

КОД УСЛУГИ	НАИМЕНОВАНИЕ	
☐ D080	Веста НИПТ 21	☒
☐ D122	Веста НИПТ Стандарт	☒
☐ D295	Веста НИПТ Базовый	☒
☐ D679	Веста НИПТ Расширенный	☒
☐ R1117	НИПТ Макс	☒ ☒

КОД УСЛУГИ	НАИМЕНОВАНИЕ	
☐ D080.1	Веста НИПТ 21 + гендер-пати	☒
☐ D122.1	Веста НИПТ Стандарт + гендер-пати	☒
☐ D295.1	Веста НИПТ Базовый + гендер-пати	☒
☐ D679.1	Веста НИПТ Расширенный + гендер-пати	☒
☐ R1117.1	НИПТ Макс + гендер-пати	☒ ☒

- ☐ пробирка GRADBIOMED
- ☒ Вакуумная пробирка с ЭДТА (фиолетовая крышка)

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Имеются ли новообразования (в т.ч. доброкачественные): ☐ да ☐ нет

Получала ли гемотрансфузии (в последний год): ☐ да ☐ нет

Получает ли лучевую или иммунную терапию (в т.ч. трансплантацию стволовых клеток): ☐ да ☐ нет

Была ли трансплантация органов: ☐ да ☐ нет

Потеря беременности в последние 3 месяца: ☐ да ☐ нет

Выполнялось ли предимплантационное генетическое тестирование эмбрионов (ПГТ): ☐ да ☐ нет

Результаты ПГТ:

Хромосомные аномалии у супругов:

ДРУГОЕ:

Ф.И.О врача

Е-mail врача	Тел. врача	Город

Дата _____ Подпись врача _____ Подпись пациента _____