

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения / / Пол Номер полиса Номер ДК

Тел./моб.: sms: Штрих-код:

e-mail: Кодовое слово:

Диагноз:

Принимаемые препараты:

ФИО врача








Предупрежден(а) о правилах подготовки перед взятием и(или) приемом биоматериала.

Пробирка(и) промаркирована(ы) в моем присутствии.

Подпись/расшифровка

/ /

С данными бланка ознакомлен(а), претензий не имею.

ASTRAIA3	Исследование PAPP-A и св. β-ХГЧ в 11-14 недель беременности с расчетом рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии в программе ASTRAIA	033  
ASTRAIA4	Исследование PAPP-A и св. β-ХГЧ и PIGF в 11-14 недель беременности с расчетом рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, индивидуального риска преэклампсии в программе ASTRAIA	033   007   

Анкета

Первый день последней менструации	<input type="text"/>	Количество родов (всего)	<input type="text"/>
Количество беременностей (всего)	<input type="text"/>	Количество родов в сроки 22-30 недель	<input type="text"/>
Количество беременностей, прогрессиравших более 24 недель	<input type="text"/>	Количество родов в сроки 31-36 недель	<input type="text"/>
Количество беременностей, завершившихся в 16-30 недель	<input type="text"/>	Количество родов после 37 недель	<input type="text"/>
Дата последних родов	<input type="text"/>	Срок, на котором рожден ребенок	<input type="text"/>
Этническая группа: <input type="checkbox"/> европейская <input type="checkbox"/> азиатская <input type="checkbox"/> африканская <input type="checkbox"/> неизвестно			
Курение: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Индукция овуляции <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Сахарный диабет: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> 1 тип <input type="checkbox"/> 2 тип <input type="checkbox"/> гестационный			
Хроническая гипертензия: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Системная красная волчанка: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Антифосфолипидный синдром: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Преэклампсия при предыдущей беременности: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет			
Зачатие: <input type="checkbox"/> естественное; <input type="checkbox"/> индукция овуляции; <input type="checkbox"/> ЭКО; <input type="checkbox"/> инсеминация спермой мужа; <input type="checkbox"/> инсеминация донорская			
Если ЭКО, указать: <input type="checkbox"/> обычное; <input type="checkbox"/> замороженная яйцеклетка;			
возраст матери на период консервации <input type="text"/> лет;			
донорская яйцеклетка: возраст донора при заборе яйцеклеток <input type="text"/> лет;			
донорский эмбрион: возраст донора при заборе яйцеклеток <input type="text"/> лет			
Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребенка:			
<input type="checkbox"/> трисомия 21; <input type="checkbox"/> трисомия 18; <input type="checkbox"/> трисомия 13			

Ультразвуковая диагностика: дата _____

Врач УЗД (ФИО) _____ ID _____

Вес (кг) _____ Рост (см) _____

Артериальное давление: правая рука (2 измерения) ___/___; ___/___ мм рт ст
левая рука (2 измерения) ___/___; ___/___ мм рт ст

Количество плодов: _____

Для многоплодной беременности указать: монохориальная; дихориальная; моноамниальная; диамниальная

КТР (мм) плод 1 ___ ТВП (мм) _____ ЧСС _____ уд/мин

Носовая кость Норма Патология

ПИ венозного протока _____ Трикуспидальный клапан: Норма, Реверс

Комментарии (др. эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопроэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис ___мм

КТР (мм) плод 2 ___ ТВП (мм) _____ ЧСС _____ уд/мин

Носовая кость Норма, Патология

ПИ венозного протока _____ Трикуспидальный клапан: Норма, Реверс

Комментарии (др. эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопроэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис ___мм

Шейка матки _____ (мм) ПИ в маточных артериях _____ слева _____ справа