

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.

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

Подпись/расшифровка

/ /

число / месяц / год

ASTRAIA2	Исследование PAPP-A и св. β-ХГЧ в 11-14 недель беременности с расчетом рисков хромосомных аномалий в программе ASTRAI	033
----------	---	-----

Анкета

Врач УЗИ (ФИО)	<input type="text"/>	ID	<input type="text"/>
Вес (кг)	<input type="text"/>		
АНАМНЕЗ: Первый день последней менструации	<input type="text"/>	Количество родов (всего)	<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		

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 ____ лет; донорская яйцеклетка: возраст донора при заборе яйцеклеток ____ лет; донорский эмбрион: возраст донора при заборе яйцеклеток ____ 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 _____

Количество плодов: ____
Для многоплодной беременности указать: <input type="checkbox"/> монохориальная; <input type="checkbox"/> дихориальная; <input type="checkbox"/> моноамниальная; <input type="checkbox"/> диамниальная
КТР (мм) плод 1 ____ ТВП (мм) ____ ЧСС ____ уд/мин
Носовая кость <input type="checkbox"/> Норма <input type="checkbox"/> Патология
ПИ венозного протока ____ Трикуспидальный клапан: <input type="checkbox"/> Норма, <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Норма <input type="checkbox"/> Патология
ПИ венозного протока ____ Трикуспидальный клапан: <input type="checkbox"/> Норма, <input type="checkbox"/> Реверс
Комментарии (др. эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопроэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис ____ мм