INVITRO

ООО «ИНВИТРО» 121059, г. Москва,
вн. тер. г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1, помещ. 1
+7 (800) 200 363 0, +7 (495) 363 0 363, www.invitro.ru

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения __ __ / __ __ / __ __ (число / месяц / год) Пол ☐ м ☐ ж Номер полиса Номер ДК

СНИЛС

Тел./моб.: sms: ☐ Штрих-код:

e-mail: Кодовое слово:

Диагноз:

Предполагаемая дата начала заболевания __ __ / __ __ / __ __ (число / месяц / год)

Дата и время взятия образца __ __ / __ __ / __ __ __ __ : __ __ (число / месяц / год час мин)

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)

7811	Исследование кариотипа	051 ●
7312	Кариотип (+кариограмма)	051 ●
7313	Каритип плода (постабортный материал)	487 ⊽ 461 ● 462 ●

Анкета

Для всех пациентов:

Причина обращения:

☐ Планирование деторождения при отсутствии очевидных показаний для анализа (по желанию)

☐ Уточнение диагноза обследуемого

☐ Привычное невынашивание беременности

☐ ЭКО

☐ Донор ооцитов/спермы

Рост _____ Вес _____

Предполагаемый цитогенетический диагноз _____

Задержка умственного развития: ☐ да, ☐ нет Задержка физического развития: ☐ да, ☐ нет

Нарушения половой дифференцировки (например, нарушения в развитии половых органов): ☐ да, ☐ нет

Бесплодие (да/нет) ☐ да, ☐ нет; если да, то в течение скольких лет (указать) _____

Наличие врожденных пороков развития и установленных на данный момент диагностических признаков: ☐ да, ☐ нет; если да то, каких (указать, например, изменение формы/размеров черепа, аномалии глаз/носа/пальцев/внешних гениталий и т.д.) _____

Носительство хромосомных перестроек: ☐ да, ☐ нет, ☐ не знаю

Наличие наследственных заболеваний в семье или у родственников: ☐ да, ☐ нет; если да, то каких и у кого (указать) _____

Наличие детей: ☐ да, ☐ нет; если да, то сколько (указать) _____

Для женщин:

1. Первая менструация (указать возраст) _____, продолжительность цикла _____, регулярность ☐ да, ☐ нет
2. Аменорея – отсутствие менструаций в течение 6 месяцев: ☐ да, ☐ нет
3. Неразвивающиеся беременности: ☐ да, ☐ нет; если да, то сколько (указать) _____ на каком сроке (указать в неделях) _____
4. Спонтанные выкидыши (2 и более): ☐ да, ☐ нет; если да, то сколько (указать) _____ на каком сроке (указать в неделях) _____
5. Прерывание беременности по медицинским показаниям (по УЗИ): ☐ да, ☐ нет; если да, то сколько (указать) _____ на каком сроке (указать в неделях) _____
6. В случае положительного ответа в пунктах 3-5 указать проводилось ли цитогенетическое исследование абортивного материала: ☐ да, ☐ нет; если да, то какой был установлен цитогенетический диагноз (указать) _____

Для мужчин:

Нарушение сперматогенеза: ☐ да, ☐ нет; если да, то указать характер нарушений _____

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

051 – номер контейнера

⊽ – стерильный контейнер с крышкой, заполненный физиологическим раствором

● – пробирка с сиреневой крышкой и белым кольцом на крышке, 2 мл

● – пробирка с зеленой крышкой без геля

бланк действует с 03.03.2020