INVITRO

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

e-mail: Кодовое слово: Штрих-код:

Диагноз:

Принимаемые препараты:

ФИО врача

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

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

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

Подпись/расшифровка

/ / (число, месяц, год)

PRISCA – ПРОГРАММА ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

Внимание! Для точного расчета нужно обязательно заполнить все поля!

Дополнительные сведения о пациентке

Возраст		лет
Вес		кг
Курение (да, нет)		
Этническая принадлежность	европейская	
	азиатская	
	африканская	
	неизвестно	
Наличие диабета (да, нет)		
Трисомия 21 (синдром Дауна) при предыдущих беременностях (да, нет)		
Наличие ЭКО (да, нет)		
При ЭКО: женская донорская яйцеклетка (да, нет)		
Возраст женщины-донора яйцеклетки		лет

Данные УЗИ

Точная дата проведения УЗИ		
Срок беременности по УЗИ	недель	дней
Количество плодов		
Визуализация носовой кости (да, нет)		
Копчиково-теменной размер (КТР)		38–84 мм
Бипариетальный размер (БПР)		26–56 мм
Толщина воротникового пространства (ТВП)		0,1–6,0 мм

– допустимые пределы для ввода в программу

ФИО врача, проводившего УЗИ

Пренатальный скрининг трисомий: 1 триместр (оптимально 11–13 недель)

Исследуемый материал: сыворотка крови – пробирка с красной крышкой

PRS1	**PAPP-белок + β-ХГЧ свободный**	030 ●

Пренатальный скрининг трисомий: 2 триместр (оптимально 16–18 недель)

Исследуемый материал: сыворотка крови – пробирка с красной крышкой

PRS2	**АФП + β-ХГЧ общий + Эстриол свободный**	030 ●

ФИО направляющего врача

Контактный телефон

Заказчик / (ФИО, подпись) Сотрудник «ИНВИТРО» / (ФИО, подпись)

бланк действует с 28.05.2024