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:

Количество заказанных продуктов:

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)

НЕИНВАЗИВНЫЕ ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ТЕСТЫ

1НИПТ	**Неинвазивный пренатальный тест (НИПТ Т21)** (Трисомия хромосомы 21, пол плода (по желанию))	957 ●
2НИПТ	**Неинвазивный пренатальный тест (НИПТ) - стандартная панель** (Анеуплоидии хромосом: 13, 18, 21, X, Y, пол плода (по желанию))	957 ●
3НИПТ	**Неинвазивный пренатальный тест (НИПТ) - расширенная панель** (Анеуплоидии хромосом: 13, 18, 21, X, Y; 6 микроделеционных синдромов; носительство наследственных заболеваний у биологической матери, пол плода (по желанию))	953 ● 957 ●
4НИПТ	**Неинвазивный пренатальный тест (НИПТ базовый)** (Трисомии хромосом: 13, 18, 21, пол плода (по желанию))	957 ●
6НИПТ	**Неинвазивный пренатальный тест (НИПТ максимум)** (Анеуплоидии всех хромосом; 60 микроделеционных/ микродупликационных синдромов, пол плода (по желанию))	959 ●

Специальные обозначения:

957 – номер контейнера ● - пробирка Streck, 10 мл ● - пробирка с сиреневой крышкой, 4 мл

АНКЕТА

Срок беременности по УЗИ	____ полных недель
Вес пациентки	____ кг
Рост пациентки	____ см
Беременность многоплодная?	☐ Да ☐ Нет
Количество эмбрионов обязательно при ответе «ДА» на предыдущий вопрос	____
Беременность наступила с использованием донорской яйцеклетки?	☐ Да ☐ Нет
Беременность с участием суррогатной мамы?	☐ Да ☐ Нет
Выдавать в результате пол плода?	☐ Да ☐ Нет

Ограничения к анализу

Была ли остановка развития эмбриона в эту беременность (редукция эмбриона)?	☐ Да ☐ Нет
Дата редукции обязательно при ответе «ДА» на предыдущий вопрос	__ . __ . 20__
Онкологические болезни в настоящее время	☐ Да ☐ Нет
Указать диагноз обязательно при ответе «ДА» на предыдущий вопрос	_____ _____

Противопоказания к анализу

Беременность тройней и более?	☐ Да ☐ Нет
Срок беременности менее 10 недель по УЗИ?	☐ Да ☐ Нет
Переливание крови у пациентки в последние 3 месяца	☐ Да ☐ Нет
Трансплантация костного мозга в анамнезе пациентки	☐ Да ☐ Нет
Злокачественное онкологическое заболевание у пациентки на момент обследования	☐ Да ☐ Нет