



ЛАБОРАТОРИИ ЦИР

Анкета для расчета пренатального скрининга

ОБЩИЕ ДАННЫЕ									
Фамилия		Имя		Отчество					
Дата рождения		Вес матери		Рост матери		Дата последней менструации			
Раса		Количество беременностей (продолжительность 24 недель и более)							
ДАнные для анкеты									
Курение при текущей беременности						ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>		
Сахарный диабет						ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>		
Хроническая артериальная гипертензия						ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>		
Системная красная волчанка (СКВ)						ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>		
Антифосфолипидный синдром (АФС)						ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>		
Был ли гестоз (преэклампсия) в прошлые беременности (повышение давления, белок в моче, отеки)						ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>		
Отягощенная наследственность - гестоз (преэклампсия) у матери, бабушки, родной сестры (повышение давления, белок в моче, отеки при беременности)						ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>		
Были ли выкидыши	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	Если да, то укажите на каком сроке						
Были ли роды	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	Если да, то укажите на каких сроках						
Дата последних родов			Вес ребёнка при рождении						
НАЛИЧИЕ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ У ПРЕДЫДУЩЕГО РЕБЕНКА / ПЛОДА									
Трисомия 21 (синдром Дауна) <input type="checkbox"/>		Трисомия 18 (синдром Эдвардса) <input type="checkbox"/>		Трисомия 13 (синдром Патау) <input type="checkbox"/>					
Другое (синдром Тернера, 47XXX, 47XXY, 47XYY, триплоидия)									
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ									
Стимуляция овуляции	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	ИКСИ		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>			
ЭКО	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>							
В случае ЭКО:									
Дата забора яйцеклетки			Дата переноса эмбриона						
Донорская яйцеклетка	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	Донорский сперматозоид		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>			
Дата рождения донора яйцеклетки									
АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ					УЗИ				
Артериальное давление матери	Левая рука		КТР		ТВП				
	Правая рука		ЧСС плода		Носовые кости				
					Пульсационный индекс маточных артерий	Левая артерия			
						Правая артерия			
Врач, ответственный за оформление анкеты	ФИО			Подпись		Дата			