



Пренетикс®

Неинвазивный пренатальный тест

Определение риска частых анеуплоидий плода*

*по свободно циркулирующей ДНК плода в крови беременной женщины

Штрих код витита

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА



Все поля обязательны для заполнения

Клиника (для юридических лиц)

О О О " Л а б о р а т о р и и Ц И Р "

ФИО (полностью) обследуемой

Grid for full name

Дата рождения

Grid for date of birth, height (cm), weight (kg)

Адрес проживания

Контактный телефон

e-mail:

ФИО вашего врача

Дата забора крови

Grid for date and time of blood collection

Время забора крови (заполняется врачом)

Вариант выполняемого анализа

Пренетикс 5 (риск синдромов Дауна, Эдвардса, Патау, анеуплоидии по половым хромосомам X и Y)

Результат по полу

определять пол не определять пол

Первый день последней менструации

Grid for date of last menstruation

Срок беременности (на дату забора крови)

Grid for gestational age

Определен по

1й день последней менструации ЭКО

Количество плодов

Grid for number of fetuses

Предполагаемая дата родов

Grid for expected date of delivery

Беременность после ЭКО

да нет

Заполняется при беременности в результате ЭКО

Использование яйцеклетки донора

да нет

Возраст на момент получения ооцитов

Grid for age at oocyte retrieval

Вы имели положительные тесты на гепатит/ВИЧ?

нет да, уточните _____

Вы или кто-либо из ваших родственников страдали наследственными заболеваниями?

нет да, уточните _____

В случае ЭКО выполнялось ли Преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов (ПГТ)?

нет да

Вам когда-либо осуществляли

Переливание крови?

нет да, уточните _____

Трансплантацию органов (включая костный мозг)?

нет да, уточните _____

Лечение стволовыми клетками?

нет да, уточните _____

Причины для проведения неинвазивного теста Пренетикс

- возраст >35 лет
- риск анеуплоидий по результатам биохимического скрининга (приложить результаты пренатального скрининга)
- невынашивание беременности в анамнезе
- семейная история (в роду были анеуплоидий или наследственные заболевания)
- мертворождения или ребенок с врожденными пороками развития в анамнезе
- подозрения на хромосомную аномалию плода по УЗИ (увеличение толщины воротникового пространства, отсутствие носовой кости, выявление пороков развития) *нужно подчеркнуть, приложить результаты УЗИ*
- другое _____

Необходимые условия

- Беременность одноплодная или дуплодная
- Срок беременности - не менее 10-ти полных акушерских недель

Я, _____ подтверждаю,

что пробирка с биоматериалом промаркирована в моём присутствии и срок годности пробирок не истёк

Дата заполнения формы « _____ » _____ 20____ г. Подпись _____

Подтверждаю правильность указанных выше данных и соответствие данных о беременности заявленным условиям

Подпись пациента или медицинского работника _____