

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

Имя Фамилия Отчество

Дата рождения

День Месяц Год Рост (см) Вес (кг)

Адрес проживания

Контактный телефон e-mail:

ФИО вашего врача

Дата забора крови

День Месяц Год Время забора крови (заполняется врачом) Часы Минуты



Вариант выполняемого анализа

Пренетикс 1
(риск синдрома Дауна)

Результат по полу

определять пол не определять пол

Первый день последней менструации

День Месяц Год

Срок беременности (на дату забора крови)

Недели(и) Дня(ей)

Определен по

1й день последней менструации ЭКО

Количество плодов

1 2

Предполагаемая дата родов

День Месяц Год

Беременность после ЭКО

да нет

Заполняется при беременности в результате ЭКО

Использование яйцеклетки донора

да нет

Возраст на момент получения ооцитов

лет

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 Дата переливания:

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 анеуплоидии 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) *нужное 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 _____