

Дополнительная анкета для расчета риска гестоза (при оплате PIGF, если сдается двойной тест или интегральный тест*)

ФИО: _____

Дата заполнения: _____

Хроническая артериальная гипертензия	Да/Нет
Был ли гестоз в прошлые беременности (повышение давления, белок в моче, отеки)	Да/Нет
Были ли выкидыши, если да, то на каком сроке	
Если были роды, то на каких сроках	
Дата последних родов	
Вес ребёнка при рождении	
Отягощенная наследственность (гестоз у матери, бабушки, родной сестры) (повышение давления, белок в моче, отеки)	Да/Нет
Артериальное давление: – Правая рука – Левая рука Дата измерения: Медсестра:	

Пациентка: _____

Консультант: _____

* если сдается только PIGF – то заполняются две анкеты: полная анкета на пренатальный скрининг и данная анкета.