

Заповнюється тільки ДРУКОВАНИМИ літерами

ЗАМОВНИК:

Пацієнт:

Дата народження:

Дата взяття зразка:

Діагноз:

PRISCA - ПРОГРАМА ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНІНГУ

(всі поля обов'язкові для заповнення)

Додаткові відомості про пацієнтку

ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ	європейська	
	азіатська	
	африканська	
	невідомо	
КУРІННЯ (так, ні)		
НАЯВНІСТЬ ДІАБЕТУ (так, ні)		
ПРИЙОМ ліків		
ЗАХВОРЮВАННЯ нирок у вагітної (так, ні)		
ПОПЕРЕДНІ вагітності з трисомією 21 (так, ні)		
НАЯВНІСТЬ ЕКЗ (так, ні)		
ВІК жінки-донора яйцеклітини		
При ЕКЗ: жіноча донорська яйцеклітина (так, ні)		
Якщо так - дата пункції		
або кріопереносу		

ВІК	
ВАГА	
ДАТА останньої менструації	
Менструальний цикл (днів)	мін. макс.

Дані УЗД

ТОЧНА ДАТА ПРОВЕДЕННЯ УЗД	
ТЕРМІН ВАГІТНОСТІ ПО УЗД	тижнів днів
КУПРИКО-ТІМ'ЯНИЙ РОЗМІР (КТР)	від 38 мм до 84 мм
БІПАРІЄТАЛЬНИЙ РОЗМІР (БПР)	від 26 мм до 52 мм
ТОВЩИНА КОМІРНОГО ПРОСТОРУ (ТКП)	
КІЛЬКІСТЬ ПЛОДІВ	
ВІЗУАЛІЗАЦІЯ НОСОВОЇ КЛІТКИ (так, ні)	

ПРІЗВИЩЕ ЛІКАРЯ, ЯКИЙ ПРОВОДИВ УЗД:

Пренатальний скринінг трисомій: 1 триместр (оптимально 11-13 тижнів) (досліджуваний матеріал - сироватка крові)

☐ PRS1

PAPP - білок + β - ХГЧ

Пренатальний скринінг трисомій: 2 триместр (оптимально 16-18 тижнів) (досліджуваний матеріал - сироватка крові)

☐ PRS2

АФП + β ХГЧ загальний + естріол вільний

П.І.Б. направляючого лікаря

Контактний телефон

М.П. лікаря