EML Express Medical Laboratory
www.e-m-l.ru

ООО "ЕМЛ" 191119 г. Санкт-Петербург,
ул. Днепропетровская д. 33, лит. А, пом. 3Н
+7 (812) 718-44-33, +7 (800) 551-16-09 www.e-m-l.ru

Заказчик: _____

Заполнять только печатными буквами!

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Дата рождения:

Беременность недель:

Дата забора:

Время забора:

Кол-во контейнеров:

Кол-во исследований:

Адрес прописки:

Согласен на SMS-оповещение:

Номер тел.:

E-mail:

ФИО врача:

ФИО врача УЗИ:

– пробирка с желтой крышкой с гелем

Предупрежден(а) о правилах подготовки перед взятием и(или) приемом биоматериала.
Пробирка(и) промаркирована(ы) в моем присутствии
С данными бланка ознакомлен(а), притензий не имею.

Подпись/расшифровка: _____/_____

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ТРИСОМИЙ
I ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ (9-13 НЕД.)

(PAPP-A, своб. B-ХГЧ)

Дата последнего менструальнго цикла:

Дата последнее УЗИ плода:

Срок беременности по УЗИ:

месяц неделя день

Масса тела беременной: кг **КТР** мм **ТВП** мм **Кол-во плодов** мм

Длина носовой кости:

Наличие ЭКО, дата переноса:

Донорская яйцеклетка: **Да** **Нет** **Возраст донора:**

Предыдущие беременности с трисомией 21: **Да** **Нет**

Вредные превычки? (курит, не курит)

Раса:

Наличие диабета в анамнезе:

Принимаемые лекарственные препараты:

II ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ (14-22 НЕД.)

(B-ХГЧ, эстриол своб., АФП)

Дата последнего менструальнго цикла:

Дата последнее УЗИ плода:

Срок беременности по УЗИ:

месяц неделя день

Масса тела беременной: кг **КТР** мм **ТВП** мм **Кол-во плодов** мм

Длина носовой кости:

Наличие ЭКО, дата переноса:

Донорская яйцеклетка: **Да** **Нет** **Возраст донора:**

Предыдущие беременности с трисомией 21: **Да** **Нет**

Вредные превычки? (курит, не курит)

Раса:

Наличие диабета в анамнезе:

Принимаемые лекарственные препараты:

ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ ПО ПРАВИЛАМ ПРЕАНАЛИТИКИ ПО ТЕЛ.: +7 (812) 718 44 33