

Код ЛПУ Название направляющего  
учреждения E-mail 

Дата взятия образца

  -   - 2 0  Тел.          

ФИО матери:

ФИО предполагаемого отца:

Дата рождения: Вес: Рост: Срок беременности:  Нет  Да Было ли переливание крови в течение недели Нет  Да Пересадка костного мозга или стволовых клеток Нет  Да Беременность (одноплодная, многоплодная) Нет  Да Было ли переливание крови в течение недели Нет  Да Пересадка костного мозга или стволовых клеток Нет  Да Суррогатное материнство или донорская  
яйцеклетка Нет  Да Редукция эмбриона

Подпись матери/заказчика:

Подпись отца/заказчика:

Неинвазивное дородовое определение отцовства возможно при прогрессирующей одноплодной беременности, срок которой более 9 недель. Тест неинформативен при использовании донорской яйцеклетки, редукции эмбриона в анамнезе, суррогатном материнстве, онкологических заболеваниях матери, пересадке костного мозга или стволовых клеток и переливании крови. Указанных противопоказаний не имеется.

ФИО сотрудника, заполнившего форму:

Дата: