



НАПРАВЛЕНИЕ В ЛАБОРАТОРИЮ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Код ЛПУ Название направляющего учреждения

Фамилия пациента Имя пациента Отчество пациента

Дата рождения пациента Рост Вес Дата взятия образца

! ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О БЕРЕМЕННОСТИ. ТРЕБУЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ЗАПОЛНЕНИЕ ВСЕХ ПОЛЕЙ!

ИНФОРМАЦИЯ О БЕРЕМЕННОСТИ:

Срок беременности Недель Дней Определен по УЗИ (дата «___» _____) ПМЦ

ЭКО да нет Если ЭКО было, яйцеклетка: своя донорская Возраст на момент извлечения яйцеклетки лет

Редукция эмбриона ДА НЕТ

Суррогатная мать ДА НЕТ

Число плодов

Определение наличия Y-хромосомы (пол плода) ДА НЕТ

код услуги	НАИМЕНОВАНИЕ	
<input type="checkbox"/> D078	Неинвазивное определение пола плода по крови матери (с 10 недели беременности)	
<input type="checkbox"/> D079	Неинвазивное определение резус-фактора плода по крови матери (с 10 недели беременности)	

Условные обозначения: Пробирка STRECK (10мл. венозной крови)

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Имеются ли новообразования (в т.ч. доброкачественные): да нет

Получала ли гемотрансфузии (в последний год): да нет

Получает ли лучевую или иммунную терапию (в т.ч. трансплантацию стволовых клеток): да нет

Была ли трансплантация органов: да нет

Потеря беременности в последние 3 месяца: да нет

Выполнялось ли преемплантационное генетическое тестирование эмбрионов (ПГТ): да нет

Результаты ПГТ:

Хромосомные аномалии у супругов:

ДРУГОЕ:

Ф.И.О врача

Е-mail врача Тел.врача Город

Дата Подпись врача Подпись пациента