



НАЦИОНАЛНА ГЕНЕТИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ
СБАЛАГ "МАЙЧИН ДОМ" ЕАД
 Ул. "Здраве" № 2, гр. София, 1431
 Тел: (+ + 359) 2 9172 268 Факс: (+ + 359) 2 9172 469
 web: www.genetika.maichindom.com, www.lmpbg.org
 E-mail: ngl@abv.bg

FV LEIDEN, ПРОТРОМБИН, PAI
MTNFR

РЕГ.№ _____

ПОРЪЧКА за извършване на ДНК АНАЛИЗ за ВРОДЕНИ ТРОМБОФИЛИИ

Спонтанни аборти Тромбоза Изследване за носителство ДНК банка Друго

ПАЦИЕНТ: [_____]

трите имена

[_____] [_____] [_____]

дата на раждане

телефон

e-mail

[_____]

пълен домашен адрес

УТОЧНЕТЕ ВСИЧКИ ПОВОДИ И ПОКАЗАНИЯ ЗА НАСОЧВАНЕ:

1. СПОНТАННИ АБОРТИ И МЪРТВИ РАЖДАНИЯ

ПРЕДИШНИ БРЕМЕННОСТИ: (бр:.....)	I ^{-ва}	II ^{-ра}	III ^{-та}	IV ^{-та}	V ^{-та}
Година :					
✦ Загуба на плода до 12 г.с. – срок:					
✦ Загуба на плода до 20 г.с. – срок:					
✦ Загуба на плода след 20 г.с. – срок:					
✦ Кървене – срок:					
✦ Хромозомни болести, други аномалии					
✦ Диабет					
✦ Прееклампсия					
✦ Аbruтiо на плацентата					
✦ Интраутеринна ретардация на плода					
✦ Ултразвукови данни за аномалии (уточнете)					
✦ Аборт по медицински показатели (уточнете)					
✦ Мъртвораждания (бр:.....)					
✦ Преждевременни раждания (бр:.....)					
✦ Здраво дете					

2. ТРОМБОЗИ

Тромбози

Фамилни данни за тромбози:

Майка:

Баща:

Фамилни данни за за сърдечно-съдови заболявания:

Майка:

Баща:

Прием на **Sintrom, Aspirin, Heparin** или друго, моля уточнете:

Антифосфолипиден синдром

ДРУГО

3. ПРЕДСТОИ процедура по АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ

НАСОЧВАЩ ЛЕКАР: [_____] [_____] [_____]

/име, фамилия/

/дата/

/подпис/

[_____] [_____] [_____]

/здравно заведение /клиника/

/адрес/

/телефон/