



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

ДОРОДОВА ДИАГНОСТИКА

РЕГ. No _____

ПОРЪЧКА за ИЗВЪРШВАНЕ на ГЕНЕТИЧЕН АНАЛИЗ с цел ДОРОДОВА диагностика на:

- Хромозомна болест Моногенна болест Лизозомна болест

ПАЦИЕНТКА: [_____]

трите имена

[____ / ____ / ____] [_____] [_____]

дата на раждане

телефон

e-mail

_____ год / _____ год Адрес: [_____]

възраст на

възраст на

бременната / *на партньора* [_____]

1. УТОЧНЕТЕ ПОКАЗАНИЯТА ЗА ПРЕНАТАЛНАТА ДИАГНОСТИКА:

- Изчислен комбиниран риск от серумен биохимичен скрининг :
 БХСI (11-14г.с): _____ БХСII (15-19г.с): _____ БХС интегриран _____
- Очакван възрастов риск _____ Изчислен биохимичен риск за т21 _____
- Предишно дете с болест на Даун (*уточнете*): _____
- Предишно дете с друга хромозомна аномалия (*уточнете*): _____
- Хромозомна аномалия при родителите (*уточнете*): _____
- Фамилни данни за моногенна болест в семейството (*уточнете*): _____
- Фамилни данни за лизозомна болест в семейството (*уточнете*): _____
- Друго (*уточнете*): _____
- УЗ данни за хромозомна болест и малформации на плода (*уточнете*): _____

Избирам следния лабораторен анализ за дородова диагностика от предложените ми (*подписва се от пациентката*):

<input type="checkbox"/> ДНК анализ хромозомни болести	<input type="checkbox"/> цитогенетичен анализ	<input type="checkbox"/> ДНК анализ моногенни болести	<input type="checkbox"/> ензимен анализ
--	---	---	---

НАСОЧВАЩ ЛЕКАР: [_____] [____ / ____ / ____] [_____]

име, фамилия

дата

подпис

[_____] [_____] [_____]

здравно заведение / клиника

адрес

телефон

2. ПРИ ПЛАНИРАНЕ НА ХОРИОННА БИОПСИЯ - ПРЕДВАРИТЕЛЕН АКУШЕРСКИ ПРЕГЛЕД -:

ГЕСТАЦИОННА СЕДМИЦА: по УЗ [____] г.с. + [____] ден Бременността е: Единична Двойна
 по ПРМ [____] г.с.

УСЛОЖНЕНИЯ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА:

- ПРОЦЕДУРАТА Е С ПОВИШЕН РИСК ДА НЕ кървене ДА НЕ капки кръв
 ПРОЦЕДУРАТА Е НЕВЪЗМОЖНА ДА НЕ вагинална инфекция ДА НЕ болка
 ПРОЦЕДУРАТА ЩЕ СЕ ИЗВЪРШИ НА: _____

АГ СПЕЦИАЛИСТ [_____] [____ / ____ / ____] [_____]

име, фамилия / здравно заведение

дата

подпис

3. ПОПЪЛВА СЕ ОТ СПЕЦИАЛИСТ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ, ИЗВЪРШВАЩ ПРОЦЕДУРАТА:

ГЕСТАЦИОННА СЕДМИЦА: по УЗ [____] г.с. + [____] ден Бременността е: Единична Кр. Група [____]
 по ПРМ [____] г.с. Двойна Rh: [____]

УЗ БЕЛЕЗИ ЗА ВРОДЕН ДЕФЕКТ НА РАЗВИТИЕТО: ДА НЕ НАПРАВЕНА АНТИ-Д ПРОФИЛАКТИКА: ДА НЕ

НАМЕРЕНИ УЛТРАЗВУКОВИ АНОМАЛИИ: _____

ХОРИОН БИОПСИЯ Брой опити : [____] АМНИОЦЕНТЕЗА Брой опити : [____]

АГ СПЕЦИАЛИСТ [_____] [____ / ____ / ____] [_____]

име, фамилия / здравно заведение

дата

подпис

ПРИЕЛ МАТЕРИАЛА в НГЛ: [_____] [____ / ____ / ____] [_____]

име, фамилия

дата

подпис