

**НАЦИОНАЛНА ГЕНЕТИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ**

СБАЛАГ "МАЙЧИН ДОМ" ЕАД

Ул. "Здраве" № 2, гр. София, 1431

Тел: (+ 359) 2 9172 468, Факс: (+ 359) 2 9172 469

web: [genetika.maichindom.com](http://genetika.maichindom.com), E-mail: [ngl@abv.bg](mailto:ngl@abv.bg)**СЕРУМЕН БИОХИМИЧЕН СКРИНИНГ****11-13<sup>+6</sup> седмици****ПОРЪЧКА****В зависимост от възрастта, открива 90-95% от бременностите с болест на Даун**

<b>Попълва се от бременната жена:</b>	<b>Попълва се от АГ специалист по фетална анатомия:</b>
Име:	Дата на вземане на пробата [ ] [ ] [ ]
Презиме:	Гестационна възраст по ПРМ [ ] седмици
Фамилия:	[ ] Гестационна възраст по ултразвук [ ] + [ ] <i>Дата на ултразвук седмици дни</i>
Дата на раждане [ ] [ ] [ ] <i>ден месец година</i>	<b>Внимание: Оценка на риска е възможна при размери от 41 до 79 mm</b>
Адрес:	<b>CRL - дължина на фетуса ( глава-опашка ) [ ] mm</b>
Тел.	<b>NT - нухална транслуценция [ ] mm</b>
Дата на последна редовна менструация ПРМ [ ] [ ] [ ]	<b>NB - носна кост <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ [ ] mm</b>
Тегло на бременната kg [ ]	<b>УЛТРАЗВУКОВИ МАРКЕРИ, С КОИТО СЕ ПОСТИГА &gt;95% ОТКРИВАЕМОСТ:</b>
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Прием на противоепилептични лекарства?	<b>Лицев ъгъл [ ] ° градуси</b>
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Пушите ли?	<b>Трикуспидална регургитация <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ</b>
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Имали ли сте вагинално кървене?	<b>Абнормен кръвоток D. Venosus <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ</b>
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Имате ли инсулин зависим диабет?	<b>Пулс [ ] Аритмия <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ</b>
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Бременността е in vitro?	<b>ДРУГИ УЛТРАЗВУКОВИ МАРКЕРИ:</b>
Дата на екстракция [ ] [ ] [ ]	<b>Кисти на Pl. Chorioideus <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ</b>
Дата на ембрио трансфер [ ] [ ] [ ]	<b>Exomphalos <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ</b>
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ ICSI <i>ден месец година</i>	<b>Мегацистис <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ</b>
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Прилаган ли е Clomifen	<b>Една пъпна артерия <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ</b>
<input type="checkbox"/> Донорска яйцеклетка Възраст на донора [ ] години	<b>Ехогенен сърдечен фокус <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ</b>
<b>ПРЕДИШНИ ДЕЦА и бременности в семейството с:</b>	<b>ВНИМАНИЕ: ИНТЕГРИРАН РИСК</b>
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ T21 - Болест на Даун	Това е оценка на риска, която включва <b>всички</b> кръвни и ултразвукови показатели от биохимичния скрининг в 11-13 <sup>+6</sup> и в 14 <sup>+4</sup> -20 <sup>+6</sup> седмица.
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ T18 - Болест на Едуардс	За целта е необходимо бременната жена:
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ T13 - Болест на Патау	1. Да заяви желанието си тук: <input type="checkbox"/> ДА, желая [ ]
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ TS - Синдром на Търнер	2. Да проведе биохимичен скрининг в първи триместър (11 - 13 <sup>+6</sup> седмица)
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ TR - Триплоидия	3. Да проведе биохимичен скрининг във втори триместър (14 <sup>+4</sup> - 20 <sup>+6</sup> седмица)
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Спина бифида - Spina bifida	4. Да проведе консултация в Националната генетична лаборатория.
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Аненцефалия - Anencephalia	
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ SLOS - Смит-Лемли-Опитц синдром	
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ CdLS - Корнелия де Ланге синдром	
<b>Желая да получа резултата си:</b>	<b>УЗ специалист:</b>
<input type="checkbox"/> през Интернет: <a href="http://genetika.maichindom.com">http://genetika.maichindom.com</a>	Адрес:
<input type="checkbox"/> лично или от упълномощено лице	Тел. Факс:
<input type="checkbox"/> по пощата, в надписан от мен плик	E-mail:
<input type="checkbox"/> чрез насочващия гинеколог	Дата: Подпис:
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <b>Желая консултация на резултата</b>	

**ПОДПИСВА СЕ ОТ БРЕМЕННАТА ЖЕНА**

Уважаема госпожо, преди да подпишете тази ПОРЪЧКА, моля Ви, запознайте се придружаващата я писмена информация за ползата и ограниченията на това изследване.

Ваше право е да изисквате измерването и попълването на **всички** позиции. От тях зависи коректността на резултата.**Давам съгласието си за извършване на изследването. Информирана съм за ползата и ограниченията на изследването.**

Дата: [ ] [ ] [ ] Подпис на бременната: [ ]

Резултатите са достъпни с парола, подадена Ви от Националната генетична лаборатория или като следвате упътването на следния адрес:  
<http://genetika.maichindom.com>