

**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, E-mail: ngl@abv.bg**СЕРУМЕН БИОХИМИЧЕН СКРИНИНГ****14⁺⁴ – 20⁺⁶ седмици****П О Р Ъ Ч К А****В зависимост от възрастта, открива 60-80% от бременностите с болест на Даун**

Попълва се от бременната жена:	Попълва се от АГ специалист по фетална анатомия:
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>	Внимание: Оценка на риска е възможна при размери от 26 до 49 mm
Адрес:	ВРD - бипариетален диаметър [] mm
	FL - дължина на фемура [] mm
	HC - обиколка глава [] mm
Тел.	Брой фетуси []
Дата на последна редовна менструация ПРМ []	ДОПЪЛНИТЕЛНИ УЛТРАЗВУКОВИ МАРКЕРИ :
Тегло на бременната kg []	Кистична хигрома <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Прием на противоепилептични лекарства?	Една пъпна артерия <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Пушите ли?	Пулс [] Аритмия <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Имали ли сте вагинално кървене?	Абнормен образ на ЦНС <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Имате ли инсулин зависим диабет?	Цепка на лицето <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Бременността е in vitro?	Сърдечен дефект <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
Дата на екстракция [] [] []	Омфалоцеле <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
Дата на ембрио трансфер [] [] []	Аномалии на уринарния тракт <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ ICSI <i>ден месец година</i>	Аномалии на крайниците <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Прилаган ли е <i>Clomifen</i>	Фетална ретардация <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
<input type="checkbox"/> Донорска яйцеклетка Възраст на донора [] години	Други (опишете):
ПРЕДИШНИ ДЕЦА и бременности в семейството с:	ВНИМАНИЕ: ИНТЕГРИРАН РИСК
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ T21 - Болест на Даун	Това е оценка на риска, която включва всички кръвни и ултразвукови показатели от биохимичния скрининг в 11-13 ⁺⁶ и в 14 ⁺⁴ -20 ⁺⁶ 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 ⁺⁶ седмица)
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ TR - Триплоидия	3. Да проведе биохимичен скрининг във втори триместър (14 ⁺⁴ - 20 ⁺⁶ седмица)
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Спина бифида - <i>Spina bifida</i>	4. Да проведе консултация в Националната генетична лаборатория.
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Аненцефалия - <i>Anencephalia</i>	
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ SLOS - <i>Смит-Лемли-Опитц синдром</i>	
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ cdLS - <i>Корнелия де Ланге синдром</i>	
Желая да получа резултата си:	УЗ специалист:
<input type="checkbox"/> през Интернет: http://genetika.maichindom.com	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 Желая консултация на резултата	

ПОДПИСВА СЕ ОТ БРЕМЕННАТА

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>