



**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 седмици**

**П О Р Ъ Ч К А**

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 [ _____ ] + [ _____ ] Дата на ултразвук _____ седмици дни
Дата на раждане [ _____ ] [ _____ ] [ _____ ] ден месец година	<b>CRL</b> - дължина на фетуса (глава-опашка) 141 - 79 mm [ _____ ] mm Гестационна възраст по CRL [ _____ ] + [ _____ ]
Адрес: _____	<b>NT</b> - нухална транслуценция [ _____ ] mm <b>NB</b> - носна кост <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ [ _____ ] mm Брой фетуси [ _____ ]
Тел. _____	<b>ДОПЪЛНИТЕЛНИ УЛТРАЗВУКОВИ МАРКЕРИ</b>
Дата на последна редовна менструация ПРМ [ _____ ]	Коректното измерване и отбелязване на всички посочени УЗ показатели е от изключителна важност за определянето на риска!
Тегло на бременната kg [ _____ ]	<b>Лицев ъгъл</b> [ _____ ] ° градуси
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Тютюнопушене	<b>Моля, отбележете, ако има данни за:</b>
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Пушенето е спряно по време на бременността	<input type="checkbox"/> ДА Аритмия Пулс [ _____ ]
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Имали ли сте вагинално кървене?	<input type="checkbox"/> ДА Трикуспидална регургитация
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Имате ли инсулин зависим диабет?	<input type="checkbox"/> ДА Абнормен кръвоток <i>D. Venosus</i>
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Имате ли гестационен диабет?	<input type="checkbox"/> ДА Кисти на <i>Pl. Chorioideus</i>
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Прием на противоепилептични лекарства?	<input type="checkbox"/> ДА Exomphalos
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Бременността е след репродуктивна технология? <input type="checkbox"/> ДА ICSI <input type="checkbox"/> ДА IVF	<input type="checkbox"/> ДА Мегацистис
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Прилаган ли е <i>Clomifen</i>	<input type="checkbox"/> ДА Една пъпна артерия
<input type="checkbox"/> Донорска яйцеклетка: Възраст на донора [ _____ ] години	<input type="checkbox"/> ДА Ехогенен сърдечен фокус
Дата на екстракция [ _____ ] [ _____ ] [ _____ ]	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Прием на медикаменти през бременността?
Дата на ембрио трансфер [ _____ ] [ _____ ] [ _____ ] ден месец година	
<b>Отбележете, ако сте имали/имате в семейството си случай на</b> <input type="checkbox"/> ПРЕДИШНО дете/бременност <input type="checkbox"/> <b>роднини</b>	<b>УЗ специалист:</b>
<input type="checkbox"/> T21 - Болест на Даун <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА	Адрес: _____ Тел. _____ Факс: _____ E-mail: _____ Дата: _____ Подпис: _____
<input type="checkbox"/> T18 - Болест на Едуардс <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА	
<input type="checkbox"/> T13 - Болест на Патау <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА	
<input type="checkbox"/> 45,X - Синдром на Търнер <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА	
<input type="checkbox"/> Триплоидия <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА	
<input type="checkbox"/> Спина бифида <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА	
<input type="checkbox"/> Аненцефалия <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА	
<input type="checkbox"/> ДРУГО _____ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА	

Желая да получа резултата си:  през Интернет: <http://genetika.maichindom.com>  лично или от упълномощено лице

**ПОДПИСВА СЕ ОТ БРЕМЕННАТА ЖЕНА:**

Уважаема госпожо, преди да подпишете тази ПОРЪЧКА моля да се запознаете с придружаващата я писмена информация относно ползата и ограниченията на това изследване.

Ваше право е да изискват 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 като следвате упътванията на следния адрес: <http://genetika.maichindom.com>