



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 – 20 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 [] + [] Дата на ултразвук седмици дни
Дата на раждане [] [] [] ден месец година	ВРD - бипариетален диаметър [26 - 49 mm] [] mm Гестационна възраст по ВРD [] + []
Адрес:	НС - обиколка глава [] mm Гестационна възраст по НС [] + []
	FL - дължина на фемура [] mm
	ДОПЪЛНИТЕЛНИ УЛТРАЗВУКОВИ МАРКЕРИ :
Тел.	Моля, отбележете, ако има данни за:
Дата на последна редовна менструация ПРМ []	<input type="checkbox"/> ДА Аритмия Пулс []
Тегло на бременната kg []	<input type="checkbox"/> ДА Кистична хигрома
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Тютюнопушене	<input type="checkbox"/> ДА Една пъпна артерия
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Пушенето е спряно по време на бременността	<input type="checkbox"/> ДА Абнормен образ на ЦНС
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Имали ли сте вагинално кървене?	<input type="checkbox"/> ДА Цепка на лицето
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Имате ли инсулин зависим диабет?	<input type="checkbox"/> ДА Сърдечен дефект
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Имате ли гестационен диабет?	<input type="checkbox"/> ДА Омфалоцеле
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Прием на противоепилептични лекарства?	<input type="checkbox"/> ДА Фетална ретардация
<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 Аномалии на уринарния тракт
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Прилаган ли е Clomifen	<input type="checkbox"/> ДА Аномалии на крайниците
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Прилаган ли е Clomifen	<input type="checkbox"/> ДА Друго (уточнете):
<input type="checkbox"/> Донорска яйцеклетка: Възраст на донора [] години	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ Прием на медикаменти през бременността?
Дата на екстракция [] [] [] ден месец година	
Дата на ембрио трансфер [] [] [] ден месец година	
Отбележете, ако сте имали/имате в семейството си случай на <input type="checkbox"/> ПРЕДИШНО дете/бременност <input type="checkbox"/> роднини	УЗ специалист:
<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>