ГЕНИКА®
ГЕНЕТИЧНА И МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ

ПОРЪЧКА ЗА ПРЕНАТАЛНА ДИАГНОСТИКА НА АНЕУПЛОИДИИ
ДРУГИ ПОКАЗАНИЯ_____

❒ Тризомия 21 ❒ Тризомия 18 ❒ Тризомия 13 ❒ Полови анеуплоидии Други анализи_____

БРЕМЕННА:[_____][_____][_____][_____]
/трите имена/ */Дата на раждане/*
[_____][_____]
/пълен домашен адрес/ */телефон/*

Насочващ лекар: [_____][_____][_____][_____] [_____]
/име, фамилия/ */дата/* */подпис/*

[_____] [_____]
/Здравно заведение / клиника и пълен адрес за изпращане на резултатите/ */телефон/*

**********:

❑ Възраст на бременната към датата на раждане [_____]
❑ Риск за синдром на **Даун** от биохимичен скрининг: [_____]
❑ Риск за синдром на **Едуардс** от биохимичен скрининг: [_____]
❑ Риск за синдром на **Патау** от биохимичен скрининг: [_____]
❑ Риск за синдром на **Търнър** от биохимичен скрининг: [_____]
❑ УЗ данни за вродена аномалия: _____
_____

❑ Предишно дете с хромозомна аномалия: _____
_____
❑ Предишно дете с друга вродена аномалия: _____
_____
❑ Аномалия в кариотипа на родителите: _____
_____
❑ Спонтанни аборти и мъртви раждания: _____
_____
❑ Фамилни данни за хромозомна болест / вродена малформация: _____
_____
_____
(уточнете каква е малформацията и какви са родствените връзки с бременната)

❑ Поредност на бременността : _____
❑ Здрави деца : _____
❑ Болни деца : _____
❑ Мъртвородени : _____
❑ Починали : _____

❑ Аборти общо: _____
от тях:
❑ Спонтанни : _____
❑ Медицински : _____
❑ По желание: _____

КРЪВ ОТ РОДСТВЕНИЦИ ЗА ДНК АНАЛИЗ [*5 ml венозна кръв с* ***K_2 EDTA*** *(виолетов вакутейнер) ДА НЕ СЕ ЗАМРАЗЯВА*]:

N	***Трите имена***	***дата на раждане***	***Инф.съгласие:***	**роднинска връзка**
			❑ ДА ❑ НЕ	
			❑ ДА ❑ НЕ	

**********КАЧЕСТВО И КОЛИЧЕСТВО НА ВЗЕТАТА ПРОБА

ВЗЕМАНЕ НА ПРОБАТА : дата [_____] час [_____] ❑ ХОРИОН ❑ АМНИОЦЕНТЕЗА ❑ КОРДОЦЕНТЕЗА

ГЕСТАЦИОННА СЕДМИЦА по ПРМ [_____] по УЗ [_____] Бременността е: ❑ единична ❑ двойна

КОМЕНТАР:_____

Акушер-Гинеколог[_____] Здравно заведение [_____] Подпис [_____]

No	***Опити***	***Количество***		***Децидуа?***		***Кръв***		***Проблеми? включително данни за травма***
	Брой	mg	ml	Да	Не	Да	Не	
1								

**********ПОПЪЛВА СЕ ОТ ПРИЕМАЩИЯ

ВИД И КАЧЕСТВО НА ПРОБАТА: *Материал:*		*Количество*	*Кръв след центрофугиране:*	*Утайка след центрофугиране:*	*Коментар*
❑ (AF)	амниот. течност	_____	❑ ДА ❑ НЕ	❑ ДА ❑ НЕ	_____
❑ (CVS)	хорионни въси	_____	❑ ДА ❑ НЕ	❑ ДА ❑ НЕ	_____
❑ (T)	тъкан	_____	❑ ДА ❑ НЕ	❑ ДА ❑ НЕ	_____
❑	друг материал	_____	❑ ДА ❑ НЕ	❑ ДА ❑ НЕ	_____

ПРОБАТА Е ПРИЕТА ОТ [_____] дата [_____] подпис [_____]

Ул. „Ами Буе" 84, София, тел. 0897 912488; www.genica.bg; e-mail: genetic@genica.bg