



ЛАБОРАТОРІЯ
Савон

м. Київ, Андріївський узвіз, 38
тел: (044) 279-46-20, (044) 279-13-71
вул. Гарматна, 47
тел: (044) 406-70-21

lab_savon_kiev@ukr.net
www.savon.com.ua

НАПРАВЛЕННЯ НА ПРЕНАТАЛЬНЕ СКРИНІНГОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ З РОЗРАХУНКОМ РИЗИКУ ТРИСОМІЇ

ДАНИ ПРО НАПРАВЛЕННЯ

Дата направлення ____/____/____

Лікар, що скерував _____

ДАНИ ПРО ПАЦІЄНТКУ

ПІБ пацієнтки _____

Дата народження ____/____/____

Кількість пологів _____ Кількість вагітностей _____

БАЖАНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

- ПОДВІЙНИЙ ТЕСТ** (11–14 т.)
БХ: PAPP-A+Free β HCG
- КОМБІНОВАНИЙ ТЕСТ** (11–14 т.)
УЗД+БХ: PAPP-A+Free β HCG
- ПОТРІЙНИЙ ТЕСТ** (15–18 т.+6 дн.)
БХ: AFP+ β HCG+uE3 Комб.

ВКАЖІТЬ У ВИПАДКУ “ТАК”

- Негроїдна етнічна група
 Монголоїдна етнічна група
- Двоплідна вагітність (монохоріальна)
 Двоплідна вагітність (дихоріальна)
- Паління під час вагітності
- Вагітність в наслідок ЗІВ (IVF)
 Донорські яйцеклітини, вік донора _____
- Хромосомна патологія у попередніх плодів чи дітей

ТЕПЕРІШНЯ ВАГІТНІСТЬ

Перший день ОМ ____/____/____

Дата УЗД ____/____/____

Вага вагітної на день забору крові _____ кг

ПЛІД 1

КТР _____ мм КП _____ мм

БПР _____ мм ДБ _____ мм

ПЛІД 2

КТР _____ мм КП _____ мм

БПР _____ мм ДБ _____ мм

Пацієнтка отримала всю необхідну інформацію щодо суті методики розрахунку та підтверджує її розуміння

Підпис пацієнтки

Підпис лікаря

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛАБОРАТОРІЄЮ

PAPP-A _____ (Free) β HCG _____ AFP _____ uE3 _____ Дата _____



ЛАБОРАТОРІЯ
Савон

м. Київ, Андріївський узвіз, 38
тел: (044) 279-46-20, (044) 279-13-71
вул. Гарматна, 47
тел: (044) 406-70-21

lab_savon_kiev@ukr.net
www.savon.com.ua

НАПРАВЛЕННЯ НА ПРЕНАТАЛЬНЕ СКРИНІНГОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ З РОЗРАХУНКОМ РИЗИКУ ТРИСОМІЇ

ДАНИ ПРО НАПРАВЛЕННЯ

Дата направлення ____/____/____

Лікар, що скерував _____

ДАНИ ПРО ПАЦІЄНТКУ

ПІБ пацієнтки _____

Дата народження ____/____/____

Кількість пологів _____ Кількість вагітностей _____

БАЖАНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

- ПОДВІЙНИЙ ТЕСТ** (11–14 т.)
БХ: PAPP-A+Free β HCG
- КОМБІНОВАНИЙ ТЕСТ** (11–14 т.)
УЗД+БХ: PAPP-A+Free β HCG
- ПОТРІЙНИЙ ТЕСТ** (15–18 т.+6 дн.)
БХ: AFP+ β HCG+uE3 Комб.

ВКАЖІТЬ У ВИПАДКУ “ТАК”

- Негроїдна етнічна група
 Монголоїдна етнічна група
- Двоплідна вагітність (монохоріальна)
 Двоплідна вагітність (дихоріальна)
- Паління під час вагітності
- Вагітність в наслідок ЗІВ (IVF)
 Донорські яйцеклітини, вік донора _____
- Хромосомна патологія у попередніх плодів чи дітей

ТЕПЕРІШНЯ ВАГІТНІСТЬ

Перший день ОМ ____/____/____

Дата УЗД ____/____/____

Вага вагітної на день забору крові _____ кг

ПЛІД 1

КТР _____ мм КП _____ мм

БПР _____ мм ДБ _____ мм

ПЛІД 2

КТР _____ мм КП _____ мм

БПР _____ мм ДБ _____ мм

Пацієнтка отримала всю необхідну інформацію щодо суті методики розрахунку та підтверджує її розуміння

Підпис пацієнтки

Підпис лікаря

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛАБОРАТОРІЄЮ

PAPP-A _____ (Free) β HCG _____ AFP _____ uE3 _____ Дата _____