



МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНАТА
ЛАБОРАТОРИЯ
Телефон:+359 36 1 68 438

СЕРУМЕН БИОХИМИЧЕН СКРИНИНГ

14⁺⁴ – 19⁺³ седмици

ПОРЪЧКА

В зависимост от възрастта открива 60-80% от бебетата с 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:	Дата на ултразвук () Гестационна възраст по ултразвук ()+()
Дата на раждане: (ден)(месец)(година)	BPD – билариетален диаметър ()mm
Адрес:	FL – дължина на фемура ()mm
	HC – обиколка на глава ()mm
	NT -нухална транслуценция ()mm
	Брой фетуси ()
Тел:	ДОПЪЛНИТЕЛНИ УЛТРАЗВУКОВИ МАРКЕРИ:
E-mail:	Кистична хигрома <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
Дата на последна редовна менструация ПРМ ()	Абнормен образ на ЦНС <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
Тегло на бременната kg ()	Една пъпна артерия <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Прием на противоепилептични лекарства?	Пулс () Аритмия <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Пушите ли?	Цепка на лицето <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Имали ли сте вагинално кървене?	Сърдечен дефект <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Имате ли инсулин зависим диабет?	Омфалоцеле <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Бременността е in vitro?	Аномалии на уринарния тракт <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
Дата на екстракция (ден)(месец)(година)	Аномалии на крайниците <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
Дата на ембрио трансфер (ден)(месец)(година)	Фетална ретардация <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ ICSI	Други (описете):
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Прилаган ли е Clomifen?	
<input type="radio"/> Донорска яйцеклетка Възраст на донора ()	
ТРЕДИШНИ ДЕЦА и бременности в семейството с:	Внимание: ИНТЕГРИРАН РИСК
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> 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 – 19 ⁺³ седмица.
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ T18 – Болест на Едуардс	
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ T13 – Болест на Патау	
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ SLOS – Смит-Лемли-Опитц с-м	
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ CdLS – Корнелия де Ланге с-м	За целта е необходимо бременната жена:
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ TS – Синдром на Търнер	1. Да заяви желанието си тук: <input type="radio"/> ДА, желая ()
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ TR – Триплоидия	2. Да проведе биохимичен скрининг в първи триместър (11-13 ⁺⁶ седмици)
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Spina bifida	3. Да проведе биохимичен скрининг във втори триместър (14 ⁺⁴ – 19 ⁺³ седмици)
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Anencephalia	4. Да проведе консултация в Националната генетична лаборатория
Уважаема госпожо, преди да подпишете тази ПОРЪЧКА, Моля Ви, запознайте се придружаваща 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.	УЗ специалист: д-р..... Адрес: Тел.E-mail:
Дата: Подпис на бременната:.....	Дата:..... Подпис:.....