



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

СЕРУМЕН БИОХИМИЧЕН СКРИНИНГ

11 – 13⁺⁶ седмици

ПОРЪЧКА

В зависимост от възрастта открива от 90-95% 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:	Внимание: Оценка на риска е възможна при размера от 41 до 79 mm
Адрес:	CRL-дължина на фетуса (глава-опашка) ()mm NT-нухална транслюценция ()mm NB – носна кост <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не ()mm
Тел:	УЛТРАЗВУКОВИ МАКРЕКИ, С КОИТО СЕ ПОСТИГА >95% ОТКРИВАЕМОСТ:
E-mail:	Лицев ъгъл ()° градуси
Дата на последна редовна менструация ПРМ ()	Трикуспидална регургитация <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
Тегло на бременната kg ()	Абнормен кръвоток D.Venous <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Прием на противоепилептични лекарства?	Ехогенен сърдечен фокус <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Пушите ли?	Една пъпна артерия <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Имали ли сте вагинално кървене?	Пулс () Аритмия <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Имате ли инсулин зависим диабет?	ДРУГИ УЛТРАЗВУКОВИ МАРКЕРИ :
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Бременността е in vitro?	Кисти на Pl.Chorioideus <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
Дата на екстракция (ден) (месец) (година)	Exomphalos <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
Дата на ембрио трансфер (ден) (месец) (година)	Мегацистис <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ ICSI	Една пъпна артерия <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Прилаган ли е Clomifen?	Ехогенен сърдечен фокус <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Донорска яйцеклетка Възраст на донора ()	Брой фетуси ()
ПРЕДИШНИ ДЕЦА и бременности в семейството с:	Внимание: Точното измерване и коректно отбелязване на всички посочени по-горе ултразвукови показатели е от изключителна важност за определянето на риска
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ T21 – Болест на Даун	Внимание: ИНТЕГРИРАН РИСК
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ T18 – Болест на Едуардс	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 T13 – Болест на Патау	За целта е необходимо бременната жена:
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ SLOS – Смит-Лемли-Опитц с-м	1. Да заяви желанието си тук: <input type="radio"/> ДА, желая ()
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ CdLS – Корнелия де Ланге с-м	2. Да проведе биохимичен скрининг в първи триместър (11-13 ⁺⁶ седмици)
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ TS – Синдром на Търнер	3. Да проведе биохимичен скрининг във втори триместър (14 ⁺⁴ – 19 ⁺³ седмици)
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ TR - Триплоидия	4. Да проведе консултация в Националната генетична лаборатория
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Spina bifida	
<input type="radio"/> ДА <input type="radio"/> НЕ Anencephalia	
Уважаема Бременна, 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:
Дата: Подпис на бременната:	