

**ПОРЪЧКА ЗА ПРЕНАТАЛНА ДИАГНОСТИКА  
 НА АНЕУПЛОИДИИ  
 ДРУГИ ПОКАЗАНИЯ**

- 
- Тризомия 9
- 
- Тризомия 13
- 
- Тризомия 14
- 
- Тризомия 15
- 
- Тризомия 16
- 
- Тризомия 18
- 
- Тризомия 21
- 
- 
- Тризомия 22
- 
- Полови хромозоми

**БРЕМЕННА:** [ \_\_\_\_\_ ] [ \_\_\_\_\_ ] [ \_\_\_\_\_ ]  
*/трите имена/* */Дата на раждане/*

 [ \_\_\_\_\_ ] [ \_\_\_\_\_ ]  
*/тълен домашен адрес/* */телефон/*
**Насочващ лекар:** [ \_\_\_\_\_ ] [ \_\_\_\_\_ ] [ \_\_\_\_\_ ]  
*/име, фамилия/* */дата/* */подпис/*

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

\*\*\*\*\*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Възраст на бременната към датата на раждане [ _____ ]           | <input type="checkbox"/> Поредност на бременността : _____ |
| <input type="checkbox"/> Риск за синдром на Даун от биохимичен скрининг: [ _____ ]       | <input type="checkbox"/> Здрави деца : _____               |
| <input type="checkbox"/> УЗ данни за вродена аномалия: _____                             | <input type="checkbox"/> Болни деца : _____                |
| <input type="checkbox"/> Предишно дете с хромозомна аномалия: _____                      | <input type="checkbox"/> Мъртвородени : _____              |
| <input type="checkbox"/> Предишно дете с друга вродена аномалия: _____                   | <input type="checkbox"/> Починали : _____                  |
| <input type="checkbox"/> Аномалия в кариотипа на родителите: _____                       | <input type="checkbox"/> Аборти общо: _____                |
| <input type="checkbox"/> Спонтанни аборти и мъртви раждания: _____                       | <i>от тях:</i>   |
| <input type="checkbox"/> Фамилни данни за хромозомна болест / вродена малформация: _____ | <input type="checkbox"/> Спонтанни : _____                 |
|  | <input type="checkbox"/> Медицински : _____                |
|  | <input type="checkbox"/> По желание: _____                 |

(уточнете каква е малформацията и какви са родствениите връзки с бременната)

**КРЪВ ОТ РОДСТВЕНИЦИ ЗА ДНК АНАЛИЗ [5 ml венозна кръв с K<sub>2</sub> EDTA (виолетов вакутейнер) ДА НЕ СЕ ЗАМРАЗЯВА]:**

N	Трите имена	дата на раждане	Инф.съгласие:	роднинска връзка
			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> 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	Опти	Количество		Децидуа?		Кръв		Проблеми? включително данни за травма
		mg	ml	Да	Не	Да	Не	
1	Брой							

 \*\*\*\*\* **ПОПЪЛВА СЕ ОТ ПРИЕМАЦИЯ**

ВИД И КАЧЕСТВО НА ПРОБАТА:	Количество	Кръв след центрофугиране:	Утайка след центрофугиране:	Коментар
<input type="checkbox"/> (AF) амниот. течност	_____	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	_____
<input type="checkbox"/> (CVS) хорионни въси	_____	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	_____
<input type="checkbox"/> (T) тъкан	_____	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	_____
<input type="checkbox"/> друг материал	_____	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	_____

ПРОБАТА Е ПРИЕТА ОТ [ \_\_\_\_\_ ] дата [ \_\_\_\_\_ ] подпис [ \_\_\_\_\_ ]