

Наименование направляющего учреждения \_\_\_\_\_ Код направляющего учреждения \_\_\_\_\_

Фамилия пациента \_\_\_\_\_ Имя пациента \_\_\_\_\_

Отчество пациента \_\_\_\_\_ Пол пациента  Мужской  Женский

Дата рождения пациента ДД - ММ - ГГГГ \_\_\_\_\_

Контактный телефон пациента  ; врача  Беременность  Да  Нет Срок беременности \_\_\_\_\_ Недель День цикла \_\_\_\_\_ Менопауза \_\_\_\_\_ лет

Время взятия образца ЧЧ - ММ \_\_\_\_\_

Дата взятия образца ДД - ММ - 202Г \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Фамилия врача \_\_\_\_\_ И.О. врача \_\_\_\_\_

Код пациента \_\_\_\_\_

Наследственные заболевания \_\_\_\_\_ (указать заболевание) Если «ДА», то с какого возраста \_\_\_\_\_

Наследственные заболевания у родственников \_\_\_\_\_ (указать заболевание) Если «ДА», указать родство \_\_\_\_\_

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗУС-ФАКТОРА и ПОЛА ПЛОДА		Беременность _____ недель	КРОВЬ с ЭДТА
<p>Вакуумная пробирка ЭДТА с гелем (фиолетовая крышка с жёлтым кольцом)</p> <p><b>ШТРИХКОД ПРОБЫ</b></p> <p>пробирка 8 мл – 1 шт.</p>	<input type="checkbox"/> <b>180045</b> Определение резус-фактора плода (выявление гена RHD плода в крови матери)	<p>Вакуумная пробирка ЭДТА с гелем (фиолетовая крышка с жёлтым кольцом)</p> <p><b>ШТРИХКОД ПРОБЫ</b></p> <p>пробирка 8 мл – 1 шт.</p> <p>Заказчик уведомлен, что срок беременности должен составлять не менее 10 акушерских недель.</p>	<input type="checkbox"/> <b>180051</b> Определение пола плода (выявление фрагмента Y-хромосомы плода в крови матери)
<p>Вакуумная пробирка с ЭДТА</p> <p><b>ШТРИХКОД ПРОБЫ</b></p> <p>Доставить в лабораторию в первичной пробирке. Не центрифугировать!</p>	ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		КРОВЬ с ЭДТА
ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ			
Менструация с какого возраста _____ Продолжительность _____ Регулярность <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Продолжительность цикла _____		Приём оральных (гормональных) контрацептивов <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Изменение гормонального статуса <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<input type="checkbox"/> <b>180036</b> Генетические факторы риска невынашивания и осложнений беременности. Исследование полиморфизмов в генах: F2 (20210 G>A), F5 (R534Q G>A), MTHFR (E429A, A>C), MTHFR (A222V, C>T), FGB (455 G>A), SERPINE1 (-675 5G>4G), MTR (D919G, A>G), MTRR (I22M, A>G), ESR1 (T>C (PvuII)), ESR1 (A>G (XbaI)), AGT (M268T, T>C), TCF7L2 (IVS3, C>T)		<input type="checkbox"/> <b>181036</b> Заключение врача-генетика к услуге «Генетические факторы риска невынашивания и осложнений беременности»	
НАСЛЕДСТВЕННЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ и ЯИЧНИКОВ			
Наличие онкологического заболевания <input type="checkbox"/> Да Диагноз: _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет данных			
Родственники с онкологическими заболеваниями			
	Мать	Отец	Брат/Сестра
	Тетя/Дядя	Бабушка/Дедушка	Другие родственники
<input type="checkbox"/> Рак молочной железы	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет
<input type="checkbox"/> Рак яичников	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет
<input type="checkbox"/> Рак поджелудочной железы	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет
<input type="checkbox"/> Рак предстательной железы	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет
<input type="checkbox"/> Другие онкологические заболевания	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет
<input type="checkbox"/> <b>180011</b> Наследственный рак молочной железы и яичников. Исследование мутаций в генах BRCA 1/2: BRCA1 185delAG, BRCA1 300T>G (C61G), BRCA1 2080delA, BRCA1 4153delA, BRCA1 5382insC, BRCA2 6174delT		<input type="checkbox"/> <b>181011</b> Заключение врача-генетика к услуге «Наследственный рак молочной железы и яичников»	
ФОЛАТНЫЙ ЦИКЛ			
Отмечалось ли повышение уровня гомоцистеина <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Придерживались ли когда-нибудь диеты <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет По собственному желанию <input type="checkbox"/> По указанию врача <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> <b>180016</b> Фолатный цикл. Исследование полиморфизмов в генах: MTHFR (A222V, C>T), MTHFR (E429A, A>C), MTR (D919G, A>G), MTRR (I22M, A>G), SLC19A1 (H27R, A>G)		<input type="checkbox"/> <b>181016</b> Заключение врача-генетика к услуге «Фолатный цикл»	
МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ			
Длительность бесплодия _____ Концентрация сперматозоидов _____ Данные спермограммы: <input type="checkbox"/> Азооспермия <input type="checkbox"/> Олигозооспермия другое _____ указать _____			
<input type="checkbox"/> <b>180037</b> Мужское бесплодие. Генетическая диагностика азооспермии. Исследование микроделетий в AZF локусе Y хромосомы		<input type="checkbox"/> <b>181037</b> Заключение врача-генетика к услуге «Мужское бесплодие. Генетическая диагностика азооспермии»	

