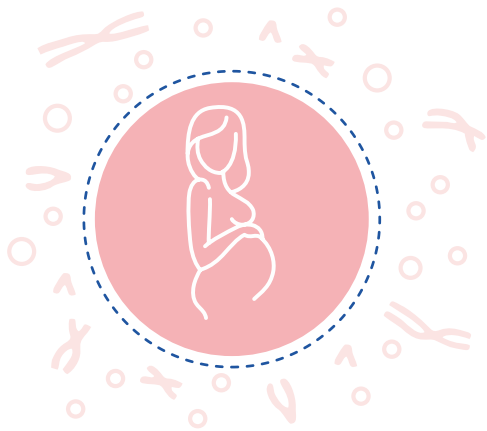




Пренетикс® || Неинвазивный
пренатальный
тест

8 800 250-90-75
info@genetico.ru
Москва, проспект
Вернадского, 96

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ЧАСТЫХ АНЕУПЛОИДИЙ ПЛОДА

по свободно циркулирующей ДНК плода в крови беременной женщины

НЕОБХОДИМЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕНЕТИКС

1. Беременность одноплодная или двухплодная
2. Срок беременности - не менее 10-ти полных акушерских недель

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА

Все поля обязательны для заполнения 

Клиника (для юридических лиц)

ВАРИАНТЫ ВЫПОЛНЯЕМОГО АНАЛИЗА

При выполнении исследования только на 1 хромосому исполнитель имеет право на обработку информации, полученной по хромосомам 13, 18 и X, Y (при определении пола плода).

☐

Пренетикс 5 + Скрининг родителей на СМА

Риск синдромов Дауна, Эдвардса, Патау, анеуплоидии по половым хромосомам X и Y.
Скрининг родителей на СМА (Спинальная мышечная атрофия) поиск делеций в гене SMN1/SMN2.

☐

Пренетикс 5 + Скрининг матери (СМА)

Риск синдромов Дауна, Эдвардса, Патау, анеуплоидии по половым хромосомам X и Y.
Скрининг матери на СМА (Спинальная мышечная атрофия) поиск делеций в гене SMN1/SMN2.

☐

Пренетикс 5

Риск синдромов Дауна, Эдвардса, Патау, анеуплоидии по половым хромосомам X и Y.

☐

Пренетикс 3

Риск синдромов Дауна, Эдвардса, Патау.

☐

Пренетикс 1

Риск синдрома Дауна.

ФИО беременной (полностью)

Дата рождения

Рост (см)

Вес (кг)

Адрес проживания

Контактный телефон

E-mail

ФИО вашего врача

Дата забора крови

Время забора крови (заполняется врачом)

Определять пол плода?

☐

нет

☐

да

Первый день последней менструации

Предполагаемая дата родов

Количество плодов

☐

1

☐

2

Срок беременности
на дату забора крови

Определен по

☐

1й день
последней менструации

☐

ЭКО

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭКО

Беременность после ЭКО

☐

нет

☐

да

Использование яйцеклетки донора

☐

нет

☐

да

Возраст на момент получения
ооцитов

лет

Выполнялось ли Преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов (ПГТ)?

☐

нет

☐

да

Вы имели положительные тесты на гепатит/ ВИЧ?

☐

нет

☐

да, какое заболевание, дата выявления

Вы имеете какие-либо наследственные заболевания?

☐

нет

☐

да, какое заболевание

Вам когда-либо осуществляли:

Переливание крови?

☐

нет

☐

да, дата переливания

Трансплантацию органов (включая костный мозг)?

☐

нет

☐

да

Лечение стволовыми клетками?

☐

нет

☐

да

Причины для проведения неинвазивного теста пренетикс:

☐

Возраст >35 лет

☐

Невынашивание беременностей в анамнезе

☐

Мертворождения или ребенок сврожденными пороками развития в анамнезе

☐

Риск анеуплоидии по результатам биохимического скриннинга (приложить результаты пренатального скриннинга)

☐

Семейная история (в роду были анеуплоидии или наследственные заболевания)

☐

Подозрения на хромосомную аномалию плода по УЗИ (увеличение толщины воротникового пространства, отсутствие носовой кости, выявление пороков развития) нужно подчеркнуть, приложить результаты УЗИ

☐

Другое -

Я,

Подтверждаю, что пробирка с биоматериалом промаркирована в моём присутствии и срок годности пробирок не истёк. Подтверждаю правильность указанных выше данных и соответствие данных о беременности заявленным условиям.

Дата заполнения формы

Подпись беременной или медицинского работника

 ПРИ ЗАКАЗЕ УСЛУГИ ПРЕНЕТИКС 5 + СКРИНИНГ РОДИТЕЛЕЙ НА СМА

ФИО партнера (полностью)

Дата рождения

Дата забора крови

Вы имели положительные тесты на гепатит/ ВИЧ?

☐

нет

☐

да, заболевание, дата выявления

Я,

Подтверждаю, что пробирка с биоматериалом промаркирована в моём присутствии и срок годности пробирок не истёк. Подтверждаю правильность указанных выше данных и соответствие данных заявленным условиям.

Дата заполнения формы

Подпись партнера или медицинского работника

Линия отрыва