



**БИОХИМИЧЕН СКРИНИНГ**  
**ЗА СИНДРОМ НА ДАУН, ТРИЗОМИЯ 18 И ДЕФЕКТИ НА НЕВРАЛНАТА ТРЪБА**  
**Първи триместър 11-13<sup>+6</sup> гестационна седмица**

Манипулационна, в която е взета пробата..... ID .....

**ДАНИИ ЗА ПАЦИЕНТКАТА**

Имена.....

Родена на ..... ЕГН: .....

Адрес....., телефон.....

E-mail (желая да получа резултат на e-mail).....

**НАСОЧВАЩ ЛЕКАР**

Имена..... УИН.....

Адрес ....., телефон .....(попълва се задължително)

Телесна маса на бременната ..... Брой фетуси: .....

Тютюнопушене                    да                     не

Диабет                                да                     не

In vitro бременност            да                     не

Гестационна възраст на фетуса (по ултразвук): ..... седмици ..... дни.....

Дата на ПРМ ..... Гестационна възраст по ПРМ: седмици ..... дни.....

CRL (дължина на фетуса) .....мм

NT (нухална транслуценция) .....мм

NB (носна кост) да  не  .....мм

**ЛЕКУВАЩ ЛЕКАР**

Дата на ехографски преглед: ..... подпис .....

**ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА:**

*Предложеният тест представлява само оценка на риска да се роди дете с тризомия 21, 18 или дефект на невралната тръба, не е диагностична процедура. За повишен риск се приема този над 1:250. Диагностични са хромозомните и ДНК изследвания, които се извършват след амниоцентеза. За повече информация се обърнете към Вашия лекуващ лекар или в СМДЛ «Рамус» тел: 02/ 943 11 96, 0886 37 26 39.*

Съгласна с изследването (три имена) .....

Подпис ..... Дата .....

**!!! ПРАВИЛНОТО И ПЪЛНО ПОПЪЛВАНЕ НА ЕХОГРАФСКИТЕ ДАНИИ  
ГАРАНТИРА КОРЕКТНОСТТА НА ИЗЧИСЛЕНИЯ РИСК !!!**