

НАПРАВЛЕНИЕ на Генетическое НеИнвазивное Пренатальное Тестирование (НИПТ)

заполняется только печатными буквами

код теста 8810

в.191110.7

ПАЦИЕНТКА	Фамилия																					Штрих-код
	Имя																					
	Отчество																					
	Дата рождения	число	месяц	год	Рост (см)	Вес (кг)																

БЕРЕМЕННОСТЬ	Срок беременности (недель) по данным УЗИ (если выполнено)		Первый день последней менструации	
	Беременность в результате ЭКО		Суррогатное материнство	
	да	нет	да	нет
	Донорство ооцитов		Количество плодов	
	да	нет	1	2
	Двойня:			
	монохориальная			
	дихориальная			

ПОКАЗАНИЯ	☐ Поздний репродуктивный возраст (более 35 лет)	☐ Диагностированная хромосомная патология плода/ребенка в предыдущих беременностях (указать)
	☐ Наличие УЗИ-маркеров хромосомной патологии плода (указать)	☐ Один из родителей является носителем сбалансированной транслокации и других геномных аномалий (указать)
	☐ Повышенный риск хромосомной патологии по результатам комбинированного скрининга	☐ Желание беременной женщины

Ограничения метода, при которых данное исследование не может быть проведено с получением корректных результатов	Состояния, выявляемые в ходе проведения данного исследования, исключающие получение корректных результатов	Факторы, приводящие к снижению точности данного исследования
• гемотрансфузии, трансплантации • наличие онкопатологии • срок беременности менее 10 недель • беременность тремя и более плодами • редукция одного эмбриона из двойни • хромосомная патология беременной	• низкий уровень фетоплацентарной свободно циркулирующей ДНК (< 3,5 %) • фетальный и/или плацентарный мозаицизм	• донорство ооцитов • суррогатное материнство • беременность двойней • повышение индекса массы тела (> 30 кг/м²)

Указывать ли наличие Y-хромосомы плода (в случае отсутствия анеуплоидий по половым хромосомам) по результатам исследования: ☐ да ☐ нет	Дата заполнения: число месяц год
Подпись пациентки: _____	

НАПРАВЛЯЮЩИЙ ВРАЧ	Фамилия																					НАПРАВЛЯЮЩЕЕ УЧРЕЖДЕНИЕ																				
	Имя																																									
	Отчество																																									

Контактный телефон: _____ E-mail: _____ Подпись: _____



**ВАША УВЕРЕННОСТЬ
В ЗДОРОВЬЕ БУДУЩЕГО
МАЛЫША**

НЕИНВАЗИВНЫЙ ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ТЕСТ

**Ранняя высокоточная диагностика
синдрома Дауна и других геномных патологий плода**

- ✓ Безопасный неинвазивный тест (по крови матери)
- ✓ Высокоточный скрининг наиболее частых генетических аномалий плода
- ✓ Быстрое получение информации (10 рабочих дней).
- ✓ Выполнение тестирования в первом триместре (с 10 и более недель беременности)