**Талон-направление**

**на исследование сывороточных маркеров**

**РАРР-А и св. β-ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности**

**с данными УЗИ для расчета рисков ХА, ЗРП, ПР, ПЭ**

**Данные о пациентке**

**(заполняются по месту наблюдения беременной женщины)** │ штрих-код │

|  |
| --- |
| ФИО беременной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер карты беременной:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес проживания: Улица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Квартира: \_\_\_\_\_ |
| Район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нас. пункт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Город: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер Ж/К: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ФИО врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Конт. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

АНАМНЕЗ:

Первый день последней менструации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество беременностей всего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество беременностей, прогрессировавших более 24 недель

Количество беременностей, завершившихся в 16-30 недель

|  |
| --- |
| Количество родов (всего) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Количество преждевременных родов  в сроки 16 -30 недель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  в сроки 31-36 недель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Количество родов после 37 недель\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Этническая группа: белая; негроидная раса; южная азия; восточная азия; другое (подчеркнуть)

Курение: да; нет (подчеркнуть) Индукция овуляции: да; нет (подчеркнуть)

Сахарный диабет: нет, 1 тип, 2 тип (подчеркнуть)

Хроническая гипертензия: да; нет (подчеркнуть)

Системная красная волчанка: да; нет (подчеркнуть)

Антифосфолипидный синдром: да; нет (подчеркнуть)

Преэклампсия при предыдущей беременности : да; нет (подчеркнуть)

Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности: да, нет (подчеркнуть)

Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе: да; нет (подчеркнуть)

|  |
| --- |
| Зачатие: естественное; ЭКО; инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; (подчеркнуть) |
| Если ЭКО, указать: обычное; замороженная яйцеклетка: возраст матери на период консервации\_\_\_\_\_лет;  донорская яйцеклетка: возраст донора на период консервации\_\_\_\_\_лет;  донорский эмбрион: возраст донора на период консервации \_\_\_\_\_лет; |
| Хромосомные аномалии плода или ребенка в анамнезе: трисомия 21;трисомия 18; трисомия 13 (подчеркнуть) |

**Данные об обследовании (заполняются в КАОП учреждений 2-й группы)**

Адрес КАОП (город) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ УЗИ: Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Врач УЗД (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Вес (кг)\_\_\_\_\_\_\_ Рост (см)\_\_\_\_\_\_\_\_

Артериальное давление: правая рука (2 измерения) \_\_\_\_/\_\_\_; \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ мм рт ст

левая рука (2 измерения) \_\_\_\_/\_\_\_; \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ мм рт ст

|  |
| --- |
| Количество плодов: \_\_\_\_\_\_  Для многоплодной беременности указать: монохориальная; дихориальная (подчеркнуть) |
| **КТР (мм) плод 1\_\_\_\_ ТВП (мм) \_\_\_\_\_\_ ЧСС\_\_\_\_\_\_\_ уд/мин**  Носовая кость Норма, Патология (подчеркнуть)  ПИ венозного протока\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Трикуспидальный клапан: Норма, Реверс (подчеркнуть)  Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопрозэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис\_\_\_\_мм |
| **КТР (мм) плод 2\_\_\_\_ ТВП (мм) \_\_\_\_\_\_ ЧСС\_\_\_\_\_\_\_ уд/мин**  Носовая кость Норма, Патология (подчеркнуть)  ПИ венозного протока\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Трикуспидальный клапан: Норма, Реверс (подчеркнуть)  Комментарии (др. эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопрозэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис\_\_\_\_мм |
| Шейка матки \_\_\_\_\_ (мм) ПИ в маточных артериях \_\_\_\_\_ слева \_\_\_\_\_ справа |
| Биохимический скрининг: Дата взятия крови: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО и подпись медсестры КАОП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись и печать врача КАОП |
| **Примечание:**   1. Талон из КАОП передается в лабораторию для биохимического исследования материнских сывороточных маркеров РАРР-А и св. β-ХГЧ вместе с образцом крови беременной для расчета индивидуального риска ХА, ЗРП, ПР, ПЭ и статистического учета случаев 2. Для расчета риска ХА в КАОП допускается измерение одного основного маркера, ТВП |