|  |  |
| --- | --- |
|  |  Приложение № 4 УТВЕРЖДЕНА распоряжением  министерства здравоохранения Кировской области от 11.12.2020 № 814 |

**Форма талона-направления**

**на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. β-ХГЧ
у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии**

Место для наклейки штрих-кода

Данные о пациентке

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

|  |
| --- |
| ФИО беременной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер карты беременной:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес проживания: Улица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Квартира: \_\_\_\_\_ |
| Район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нас. пункт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Город: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер Ж/К: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ФИО врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Конт. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| № полиса ОМС, страховая компания |

АНАМНЕЗ: Первый день последней менструации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Количество беременностей (всего) \_\_\_\_\_\_\_\_Количество беременностей (прогрессировавших более 24 нед.) \_\_\_\_\_\_\_Количество беременностей завершившихся в 16-30 недель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Срок беременности на момент родов при последней беременности\_\_\_\_\_  | Количество родов (всего) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Количество родов в сроки 22-30 недель \_\_\_\_Количество родов в сроки 31-36 недель\_\_\_\_Количество родов после 37 недель\_\_\_\_\_\_\_\_Дата последних родов( при сроке беременности более 24 нед.)\_\_\_\_\_ |

Этническая группа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Хроническая гипертензия: да; нет (подчеркнуть)

Системная красная волчанка: да; нет (подчеркнуть)

Антифосфолипидный синдром: да; нет (подчеркнуть)

Преэклампсия при предыдущей беременности (для повторнородящих):

да; нет (подчеркнуть)

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

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

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

**Данные об обследовании**

(заполняются в КАОП 2-го уровня)

Адрес КАОП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ультразвуковая диагностика: дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач ультразвуковой диагностики (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_\_

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

Артериальное давление: ***правая рука*** (2 измерения) 1) \_\_\_\_/\_\_\_;2) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ мм рт ст

 ***левая рука*** (2 измерения) 1) \_\_\_\_/\_\_\_; 2)\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ мм рт ст

|  |
| --- |
| Количество плодов: \_\_\_\_\_\_ Для многоплодной беременности указать: монохориальная; дихориальная (подчеркнуть) |
| **Плод 1** | **Плод 2** |
| КТР (мм­­­)\_\_\_\_\_\_\_ ТВП (мм) \_\_\_\_\_\_ЧCC\_\_\_\_\_\_\_\_(уд/мин) | КТР (мм­­­)\_\_\_\_\_\_\_ ТВП (мм) \_\_\_\_\_\_ЧCC\_\_\_\_\_\_\_\_(уд/мин) |
| Носовая кость (N, аплазия, гипоплазия) | Носовая кость (N, аплазия, гипоплазия) |
| Пульсац. индекс венозного протока | Пульсац. индекс венозного протока |
| Трикуспидальный клапан( N, реверс) | Трикуспидальный клапан( N, реверс) |
| Комментарии (др. ХА, ВПР ) |
|  |
| Маточная артерия справа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ слева\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Длина цервикального канала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Биохимический скрининг: Дата взятия крови: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО и подпись медсестры ОК ПД: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Штамп КАОП М.П. врача КОАП |
| Примечание: 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 хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии и статистического учета случаев |