INVITRO

ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО»
г. Минск, ул. Брикета, 30-202, admin.пом. 202-8
тел.: 7807 , 8 (017) 222 21 31, www.invitro.by

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (число / месяц / год) Пол ☐ м ☐ ж Номер полиса Номер ДК

Тел./моб.: sms: ☐ Штрих-код:

e-mail: Кодовое слово:

ФИО врача

Анкета на тест № 7811 (кариотип)

Исследуемый материал — кровь (гепарин): пробирка с зеленой крышкой без геля (051 ●)

Для всех пациентов:

Причина обращения:

☐ Планирование деторождения при отсутствии очевидных показаний для анализа (по желанию)

☐ Уточнение диагноза обследуемого

☐ Привычное невынашивание беременности

☐ ЭКО

☐ Донор ооцитов/спермы

Рост _____ Вес _____

Предполагаемый цитогенетический диагноз _____

Задержка умственного развития: ☐ да, ☐ нет Задержка физического развития: ☐ да, ☐ нет

Нарушения половой дифференцировки (например, нарушения в развитии половых органов): ☐ да, ☐ нет

Бесплодие (да/нет): ☐ да, ☐ нет; если да, то в течение скольких лет (указать) _____

Наличие врожденных пороков развития и установленных на данный момент диагностических признаков: ☐ да, ☐ нет; если да, каких (указать, например, изменения формы/размеров черепа, аномалии глаз/носа/пальцев/внешних гениталий и т.д.) _____

Носительство хромосомных перестроек: ☐ да, ☐ нет, ☐ не знаю

Наличие наследственных заболеваний в семье или у родственников: ☐ да, ☐ нет; если да, то каких и у кого (указать) _____

Наличие детей: ☐ да, ☐ нет; если да, то сколько (указать) _____

Для женщин:

1. Первая менструация (указать возраст) _____, продолжительность цикла _____, регулярность: ☐ да, ☐ нет
2. Аменорея – отсутствие менструаций в течение 6 месяцев: ☐ да, ☐ нет
3. Неразвивающиеся беременности: ☐ да, ☐ нет; если да, то сколько (указать) _____ на каком сроке (указать в неделях) _____
4. Спонтанные выкидыши (2 и более): ☐ да, ☐ нет; если да, то сколько (указать) _____ на каком сроке (указать в неделях) _____
5. Прерывание беременности по медицинским показаниям (по УЗИ): ☐ да, ☐ нет; если да, то сколько (указать) _____ на каком сроке (указать в неделях) _____
6. В случае положительного ответа в пунктах 3–5 указать проводилось ли цитогенетическое исследование абортивного материала: ☐ да, ☐ нет; если да, то какой был установлен цитогенетический диагноз (указать) _____

Для мужчин:

Нарушение сперматогенеза: ☐ да, ☐ нет; если да, то то указать характер нарушений _____

Объём лабораторных исследований, заказанных Пациентом согласно настоящему бланку, определён Пациентом самостоятельно, а их выполнение определяется организационно-техническими возможностями Исполнителя.

Настоящим подтверждаю, что я имел(а) возможность задавать вопросы работнику ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО», касающиеся заказанных мною лабораторных исследований, и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Данные, указанные в настоящем бланке, являются правильными и достоверными. Преаналитические требования мною соблюдены и мне разъяснено, что несоблюдение указанных требований может повлиять на результат выполняемого лабораторного исследования.

подпись/расшифровка ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (число / месяц / год)

Образцы взятого у меня биологического материала маркированы сотрудником Исполнителя в моем присутствии.

Подпись пациента

подпись/расшифровка ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (число / месяц / год)

Подпись исполнителя

подпись/расшифровка ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (число / месяц / год)