

НАПРАВЛЕНИЕ

на неинвазивное дородовое определение отцовства

Название направляющего учреждения: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

Дата забора крови:

____ / ____ / ____

ФИО матери:

ФИО предполагаемого отца:

Дата рождения: _____

Дата рождения: _____

Вес: _____

Рост: _____

Срок беременности: _____

Нет Да Беременность
(одноплодная, многоплодная)

Нет Да Было ли переливание крови
в течение недели

Нет Да Было ли переливание крови
в течение недели

Нет Да Пересадка костного мозга
или стволовых клеток

Нет Да Пересадка костного мозга
или стволовых клеток

Нет Да Суррогатное материнство
или донорская яйцеклетка

Нет Да Редукция эмбриона

Неинвазивное дородовое определение отцовства возможно при прогрессирующей одноплодной беременности, срок которой более 9 недель. Тест неинформативен при использовании донорской яйцеклетки, редукции эмбриона в анамнезе, суррогатном материнстве, онкологических заболеваниях матери, пересадке костного мозга или стволовых клеток и переливании крови. Указанных противопоказаний не имеется.

ФИО сотрудника, заполнившего форму:

Дата:

____ / ____ / ____