

## НАПРАВЛЕНИЕ

Название направляющего учреждения

Фамилия И.О. врача

Телефон:

E-mail

Фамилия И.О. пациентки

Дата рождения пациентки

Контактный  
телефон:

E-mail  
пациентки:

Диагноз:

Срок беременности

Неразвивающиеся беременности,  
самопроизвольные выкидыши в анамнезе

Да  Нет

ЭКО  Да

Первая попытка  Да

Не первая попытка  Да

Нет

Нет

Нет

УЗИ МАРКЕРЫ

**Внимание!** Подробное описание имеет важное значение для анализа данных полученных при исследовании и позволяет провести таргетный поиск нарушений с повышенной точностью.

Дополнительная информация:

- Я согласна, чтобы результаты исследования были отправлены моему врачу на почту
- Я хочу получить онлайн консультацию врача-генетика по результатам исследования анамнеза и клинической картины

Подпись пациента

Вид материала:  Пуповинная кровь  Ворсины хориона  Ткани плода  Парафиновый блок

Другое

Дополнительная информация об исследовании образца:

- Выделить ДНК и хранить до окончательного решения заказчика о проведении анализа (в течение 30 дней)
- Выполнить исследование сразу при поступлении образца

Дата забора образца

□ □ - □ □ - □ □ □

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_