

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 _____