



# NOSŪTĪJUMS SIA GENERA LABORATORIJAI NIPT “PANORAMA” IZMEKLĒJUMAM

Jūsu testēšanas pieprasījuma Nr.:  
Your testing request No:

Tālr. +371 26267833; e-pasts: info@genera.lv; www.genera.lv; Rātsupītes iela 1 k-1, Rīga, LV-1067

<b>“PANORAMA” VEIDS:</b>		<b>DATUMS:</b>									
<input type="checkbox"/> Standarta panelis (13., 18., 21. hromosomu trisomija, X monosomija, triploīdija)											
<input type="checkbox"/> Standarta panelis + 22q11.2 del (nav pieejams dizigotisko dvīņu un/vai donētas olšūnas grūtniecības gadījumā)											
<input type="checkbox"/> Paplašinātais panelis (nav pieejams dvīņu un/vai donētas olšūnas grūtniecības gadījumā).											
Standarta panelis + mikrodelēciju sindromi: Eindželmana, Cri du chat, 1p36 delēcija, Prādera-Vilija											
<input type="checkbox"/> Izmeklējumā iekļaut augļa dzimuma noteikšanu											
<b>INFORMĀCIJA PAR GRŪTNIECI:</b>											
Vārds: <input type="text"/>											
Uzvārds: <input type="text"/>											
Personas kods: <input type="text"/>				- <input type="text"/>				Dz. datums: <input type="text"/>			
Tel. Nr.: + <input type="text"/>				e-pasts: <input type="text"/>							
<b>INFORMĀCIJA PAR GRŪTNIECĪBU:</b>											
Grūtniecības laiks: <input type="text"/> + <input type="text"/> (grūtniecības laikam jābūt vismaz 9 pilnām nedēļām!)										Svars (kg): <input type="text"/>	
Plānotais dzemdību datums: <input type="text"/>						Augums (cm): <input type="text"/>					
<b>Atbilstoši atzīmēt, ja tas attiecas uz esošo grūtniecību:</b>											
<input type="checkbox"/> IVF grūtniecība, izmantojot pašas grūtnieces olšūnu/as (vecums donēšanas laikā _____)											
<input type="checkbox"/> IVF grūtniecība, izmantojot donores olšūnu (donores vecums donēšanas laikā _____)											
<input type="checkbox"/> Dvīņu grūtniecība (“PANORAMA” testu nav iespējams veikt, ja augļu ir vairāk par diviem, vai arī dvīņu grūtniecība iestājusies, izmantojot donores olšūnas!)											
<b>NOSŪTĪTĀJS:</b>											
Ārstniecības iestāde: <input type="text"/>											
Ārstniecības iestādes kods: <input type="text"/>											
Ārsts: <input type="text"/>											
Ārsta personas kods: <input type="text"/>											
Specialitāte vai tās kods: <input type="text"/>											
Ārsta tālruna numurs: <input type="text"/>											
Ārsta e-pasta adrese: <input type="text"/>											
<b>PARAUGA DATI:</b>											
Asins paņemšanas datums un laiks: <input type="text"/>										Pulkst.: <input type="text"/>	
Iestādes nosaukums, kur paraugs paņemts: <input type="text"/>											
Parauga ņēmēja vārds, uzvārds un paraksts: <input type="text"/>											
Piezīmes: <input type="text"/>											

**PACIENTEI OBLIGĀTI NEPIECIEŠAMS PARAKSTĪT PIEKRIŠANAS FORMU!!!**