

UPITNIK ZA NEINVAZIVNI PRENATALNI TEST (NIPT)

Informacije o pacijentu

Ime i prezime:	Datum rođenja:	JMBG: LLLLLLLLLLLLLLLL
Broj zdravstvene legitimacije:	Broj telefona:	E-mail adresa:
Visina:	Težina (kg):	

Servisne informacije

NIFTY	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Twin
Broj placenti (Twin)	<input type="checkbox"/> DCDA	<input type="checkbox"/> MCDA <input type="checkbox"/> MCMA
Informacija o polu ploda (želi informaciju ili ne)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne

Informacije o trudnoći

Očekivani datum porođaja		
Broj fetusa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
IVF	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Jajna ćelija pacijentkinje	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Donirana jajna ćelija	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Sindrom nestalog blizanca (do 8. nedelje trudnoće)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Pacijent na terapiji heparinom ili heparin analogna terapija ¹	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Datum poslednjeg ultrazvučnog pregleda		
Prethodni skrining testovi (navesti koji)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne

Istorija pacijenta

Broj prethodnih trudnoća		
Broj prethodnih poroda		
Prethodne trudnoće sa genetskim oboljenjima (navesti koje)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Porodična istorija genetskih oboljenja (navesti koje, srodstvo)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Da li je pacijent primao terapiju humanim serumskim albuminom? ²	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Da li je pacijent primao ćelijsku imunoterapiju sa egzogenom DNK? ³	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Da li je pacijent primao terapiju stranim matičnim ćelijama? ⁴	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Da li je pacijent bio podvrgnut transplantaciji organa? ⁴	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Da li je pacijent bolovao od karcinoma? ⁴	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Da li je pacijent primio transfuziju krvi? ⁵	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne

Podaci o ljekaru

Ime i prezime ljekara	
Potpis, faksimil i šifra ljekara	

Napomena: Ukoliko je odgovor na navedena pitanja „Da“ paziti na sledeće:

¹ Mora proći 24h od poslednje doze heparina

² Mora proći 4 nedelje od poslednje doze humanog serumskog albumina

³ Mora proći 4 nedelje od poslednje doze egzogene DNK

⁴ Pacijent se ne može primiti na NIPT testiranje ukoliko je primao terapiju stranim matičnim ćelijama, ukoliko je rađena transplantacija organa i ukoliko pacijent trenutno ima maligno oboljenje

⁵ Mora proći godinu dana od transfuzije krvi