

广州华银医学检验中心
Guangzhou Huayin Medical Laboratory Center

胎盘生长因子检测申请单

 广州华银医学检验中心
Guangzhou Huayin Medical Laboratory Center

胎盘生长因子检测申请单

为保证您申请单基本信息的准确,请您使用正楷字填写 请在所选项目前的方框内打钩,示范:“”

送检单位信息 (打※为必填项目)

※单位名称: _____ 科室: _____ 送检医生: _____ 联系电话: _____

受检者基本信息 (打※为必填项目)

※姓名: _____ 出生日期: _____年____月____日 门诊/住院号: _____

联系电话: _____ 联系地址: _____

※孕周: _____ (确定方式: B超 LMP 注:优先填写B超孕周)

※采样日期: _____年____月____日

其他相关信息 (孕周在11-13⁺⁶周范围内,需填写一下信息,打※为必填信息)

※B超日期: _____年____月____日

孕期吸烟: 否 是

※CRL (头臀长): _____毫米

多普勒日期: _____年____月____日

※身高: _____厘米 体重: _____公斤

子宫动脉搏动指数: PI左 _____

※子痫前期史: 否 是 (受检者 母亲 母亲和受检者)

PI右 _____

※既往分娩史: 初产妇 一次分娩史 两次分娩史或更多

(注:若提供子宫动脉搏动指数,则需要填写多普勒日期,且多普勒日期需在11-13⁺⁶周范围内)

※慢性高血压: 否 是 (服药中 未治疗)

※双臂同时血压: 左臂 _____/_____mmHg

右臂 _____/_____mmHg

同臂血压: 第一次 _____/_____mmHg

第二次 _____/_____mmHg

(注:此为采血当日血压值,优先选择测量双臂同时血压,若无双臂血压计,用两次同臂血压代替;若测量双臂同时血压,左右臂收缩压须 ≤ 10 mmHg,舒张压差需 ≤ 6 mmHg)

检测项目 (推荐检测孕周范围:孕早期11-13⁺⁶周、孕中期20-24⁺⁶周、孕晚期30-33⁺⁶周)

1、PIGF (胎盘生长因子) (检测孕周范围为11-33⁺⁶周)

样本信息

样本类型: 血清 样本性状: 正常 溶血 脂血 黄疸 其他: _____

知情同意书

【受检者陈诉】

经医生介绍,本人已经了解围产期子痫前期(11-13⁺⁶周)检测的性质、目的、安全性、必要性和局限性,且了解预测结果为高风险或低风险的意义。本人同意接受围产期子痫前期检测,并愿意将本次妊娠的最终结果告知医方。

受检者或其授权亲属签名: _____ 与受检者关系: _____ 签名日期: _____年____月____日

胎盘生长因子检测申请单

为保证您申请单基本信息的准确,请您使用正楷字填写 请在所选项目前的方框内打钩,示范:“”

送检单位信息 (打※为必填项目)

※单位名称: _____ 科室: _____ 送检医生: _____ 联系电话: _____

受检者基本信息 (打※为必填项目)

※姓名: _____ 出生日期: _____年____月____日 门诊/住院号: _____

联系电话: _____ 联系地址: _____

※孕周: _____ (确定方式: B超 LMP 注:优先填写B超孕周)

※采样日期: _____年____月____日

其他相关信息 (孕周在11-13⁺⁶周范围内,需填写一下信息,打※为必填信息)

※B超日期: _____年____月____日

孕期吸烟: 否 是

※CRL (头臀长): _____毫米

多普勒日期: _____年____月____日

※身高: _____厘米 体重: _____公斤

子宫动脉搏动指数: PI左 _____

※子痫前期史: 否 是 (受检者 母亲 母亲和受检者)

PI右 _____

※既往分娩史: 初产妇 一次分娩史 两次分娩史或更多

(注:若提供子宫动脉搏动指数,则需要填写多普勒日期,且多普勒日期需在11-13⁺⁶周范围内)

※慢性高血压: 否 是 (服药中 未治疗)

※双臂同时血压: 左臂 _____/_____mmHg

右臂 _____/_____mmHg

同臂血压: 第一次 _____/_____mmHg

第二次 _____/_____mmHg

(注:此为采血当日血压值,优先选择测量双臂同时血压,若无双臂血压计,用两次同臂血压代替;若测量双臂同时血压,左右臂收缩压须 ≤ 10 mmHg,舒张压差需 ≤ 6 mmHg)

检测项目 (推荐检测孕周范围:孕早期11-13⁺⁶周、孕中期20-24⁺⁶周、孕晚期30-33⁺⁶周)

1、PIGF (胎盘生长因子) (检测孕周范围为11-33⁺⁶周)

样本信息

样本类型: 血清 样本性状: 正常 溶血 脂血 黄疸 其他: _____

知情同意书

【受检者陈诉】

经医生介绍,本人已经了解围产期子痫前期(11-13⁺⁶周)检测的性质、目的、安全性、必要性和局限性,且了解预测结果为高风险或低风险的意义。本人同意接受围产期子痫前期检测,并愿意将本次妊娠的最终结果告知医方。

受检者或其授权亲属签名: _____ 与受检者关系: _____ 签名日期: _____年____月____日

胎盘生长因子检测申请单

为保证您申请单基本信息的准确,请您使用正楷字填写 请在所选项目前的方框内打钩,示范:“”

送检单位信息 (打※为必填项目)

※单位名称: _____ 科室: _____ 送检医生: _____ 联系电话: _____

受检者基本信息 (打※为必填项目)

※姓名: _____ 出生日期: _____年____月____日 门诊/住院号: _____

联系电话: _____ 联系地址: _____

※孕周: _____ (确定方式: B超 LMP 注:优先填写B超孕周)

※采样日期: _____年____月____日

其他相关信息 (孕周在11-13⁺⁶周范围内,需填写一下信息,打※为必填信息)

※B超日期: _____年____月____日

孕期吸烟: 否 是

※CRL (头臀长): _____毫米

多普勒日期: _____年____月____日

※身高: _____厘米 体重: _____公斤

子宫动脉搏动指数: PI左 _____

※子痫前期史: 否 是 (受检者 母亲 母亲和受检者)

PI右 _____

※既往分娩史: 初产妇 一次分娩史 两次分娩史或更多

(注:若提供子宫动脉搏动指数,则需要填写多普勒日期,且多普勒日期需在11-13⁺⁶周范围内)

※慢性高血压: 否 是 (服药中 未治疗)

※双臂同时血压: 左臂 _____/_____mmHg

右臂 _____/_____mmHg

同臂血压: 第一次 _____/_____mmHg

第二次 _____/_____mmHg

(注:此为采血当日血压值,优先选择测量双臂同时血压,若无双臂血压计,用两次同臂血压代替;若测量双臂同时血压,左右臂收缩压须 ≤ 10 mmHg,舒张压差需 ≤ 6 mmHg)

检测项目 (推荐检测孕周范围:孕早期11-13⁺⁶周、孕中期20-24⁺⁶周、孕晚期30-33⁺⁶周)

1、PIGF (胎盘生长因子) (检测孕周范围为11-33⁺⁶周)

样本信息

样本类型: 血清 样本性状: 正常 溶血 脂血 黄疸 其他: _____

知情同意书

【受检者陈诉】

经医生介绍,本人已经了解围产期子痫前期(11-13⁺⁶周)检测的性质、目的、安全性、必要性和局限性,且了解预测结果为高风险或低风险的意义。本人同意接受围产期子痫前期检测,并愿意将本次妊娠的最终结果告知医方。

受检者或其授权亲属签名: _____ 与受检者关系: _____ 签名日期: _____年____月____日