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

围孕期子痫前期风险评估申请单

华银健康
HUAYIN HEALTH

华银健康 HUAYIN HEALTH 广州华银医学检验中心 Guangzhou Huayin Medical Laboratory Center

编号：HY-SOP0103-02-14

条 形 码 粘 贴 处

围孕期子痫前期风险评估申请单

第一联 华银医学检验中心联

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

※CRL（头臀长）：_____毫米

※身高：_____厘米 体重：_____公斤

※子痫前期史：☐否 是（☐受检者 ☐母亲 ☐母亲和受检者）

※既往分娩史：☐初产妇 ☐一次分娩史 ☐两次分娩史或更多

※慢性高血压：☐否 是（☐服药中 ☐未治疗）

孕期吸烟： ☐否 ☐是

多普勒日期：_____年_____月_____日

子宫动脉搏动指数：PI左_____

PI右_____

（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）

※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<=10mmHg，舒张压差需<=6mmHg）

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、PlGF（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

发布日期：2018年8月20日 实施日期：2018年8月25日

地址：广州市广州大道北 1838 号南方医科大学生命科学楼二楼 病理专线：400-0313-808 传真：020-62789513
广州市科学城揽月路 80 号科技创新基地 A 区三楼 客服热线：400-888-1223 传真：020-32299951

华银健康 HUAYIN HEALTH 广州华银医学检验中心 Guangzhou Huayin Medical Laboratory Center

编号：HY-SOP0103-02-14

条 形 码 粘 贴 处

围孕期子痫前期风险评估申请单

第二联 医院联

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

※CRL（头臀长）：_____毫米

※身高：_____厘米 体重：_____公斤

※子痫前期史：☐否 是（☐受检者 ☐母亲 ☐母亲和受检者）

※既往分娩史：☐初产妇 ☐一次分娩史 ☐两次分娩史或更多

※慢性高血压：☐否 是（☐服药中 ☐未治疗）

孕期吸烟： ☐否 ☐是

多普勒日期：_____年_____月_____日

子宫动脉搏动指数：PI左_____

PI右_____

（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）

※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<=10mmHg，舒张压差需<=6mmHg）

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、PlGF（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

发布日期：2018年8月20日 实施日期：2018年8月25日

地址：广州市广州大道北 1838 号南方医科大学生命科学楼二楼 病理专线：400-0313-808 传真：020-62789513
广州市科学城揽月路 80 号科技创新基地 A 区三楼 客服热线：400-888-1223 传真：020-32299951

华银健康 HUAYIN HEALTH 广州华银医学检验中心 Guangzhou Huayin Medical Laboratory Center

编号：HY-SOP0103-02-14

条 形 码 粘 贴 处

围孕期子痫前期风险评估申请单

第三联 受检者联

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

※CRL（头臀长）：_____毫米

※身高：_____厘米 体重：_____公斤

※子痫前期史：☐否 是（☐受检者 ☐母亲 ☐母亲和受检者）

※既往分娩史：☐初产妇 ☐一次分娩史 ☐两次分娩史或更多

※慢性高血压：☐否 是（☐服药中 ☐未治疗）

孕期吸烟： ☐否 ☐是

多普勒日期：_____年_____月_____日

子宫动脉搏动指数：PI左_____

PI右_____

（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）

※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<=10mmHg，舒张压差需<=6mmHg）

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、PlGF（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

发布日期：2018年8月20日 实施日期：2018年8月25日

地址：广州市广州大道北 1838 号南方医科大学生命科学楼二楼 病理专线：400-0313-808 传真：020-62789513
广州市科学城揽月路 80 号科技创新基地 A 区三楼 客服热线：400-888-1223 传真：020-32299951