

Pieczętka jednostki kierującej

## SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH

Pani:

PESEL:

Adres zamieszkania:

CIĄŻA:

PORÓD:

TYDZ. CIĄŻY

### 1. Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych. Poradnictwo i badania biochemiczne.

Proszę o wykonanie u pacjentki: *proszę zaznaczyć (X)*

USG 11 – 13(+6 dni) TYDZIEŃ CIĄŻY

TEST ZŁOŻONY (PAPPA)

USG 18 – 22(+6 dni) TYDZIEŃ CIĄŻY

### 2. Poradnictwo i badania genetyczne. Pobranie materiału płodowego do badań genetycznych

Proszę o wykonanie u pacjentki: *proszę zaznaczyć (X)*

KONSULTACJA W POR. GENETYCZNEJ

BIOPSJA TROFOBLASTU

AMNIOPUNKCJA

Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych wskazanych w pkt. 2 (dotyczy tylko pkt. 2): *proszę zaznaczyć (X)*

<input type="checkbox"/>	(3013) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka
<input type="checkbox"/>	(3014) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka
<input type="checkbox"/>	(3015) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową
<input type="checkbox"/>	(3016) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

UWAGI/INFORMACJE O WSKAZANIACH WRAZ Z OPISEM NIEPRAWIDŁOWOŚCI (DOTYCZY PKT. 2) :

.....  
.....  
.....

Data wystawienia

Pieczętka i podpis lekarza



CENTRUM MEDYCZNE ŻELAZNA  
Szpital i Przychodnia św. Zofii