

Pieczętka  
jednostki kierującej

## SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH

Pani: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

CIĄŻA: \_\_\_\_\_ PORÓD: \_\_\_\_\_ TYDZ. CIĄŻY: \_\_\_\_\_

### Proszę o wykonanie u pacjentki:

*proszę zaznaczyć (X)*

  

USG 11 – 13(+6 dni) TYDZIEŃ CIĄŻY

USG 18 – 23(+6 dni) TYDZIEŃ CIĄŻY

  

TEST PAPPA

AMNIOPUNKCJA GENETYCZNA

### Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych:

*(proszę zaznaczyć (X) jedno ze wskazań zakreślając odpowiednie pole)*

<input type="checkbox"/>	wiek matki powyżej 35 lat (3001)
<input type="checkbox"/>	stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka (3002)
<input type="checkbox"/>	stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową (3003)
<input type="checkbox"/>	wystąpienie w poprzednich ciążach aberracji chromosomowej płodu lub dziecka (3004)
<input type="checkbox"/>	stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu (3005)

UWAGI:.....  
.....

Data zlecenia

Lekarz zlecający (pieczętka i podpis)

