

Pieczętka jednostki kierującej:

SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH

ZAPISY:

 22 25 59 900 (pon-pt w godz. 8.00 - 19.00)

 Formularz na stronie:
<https://szpitalzelazna.pl/nfz/program-badan-prenatalnych-nfz>



PANI:	PESEL:
-------	--------

ADRES:

CIAŻA:	PORÓD:	TYDZ. CIAŻY:
--------	--------	-----------------

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 CIAŻY TEST ZŁOŻONY (PAPPA) USG 18 - 22(+6 dni) TYDZIEŃ CIAŻY

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)

- (3013) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka
- (3014) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka
- (3015) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową
- (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:

