

.....
Pieczęćka jednostki kierującej (dane z numerem REGON)

.....
Miejscowość, data zlecenia

SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH NFZ

POBRANIE MATERIAŁU PŁODOWEGO DO BADAŃ GENETYCZNYCH (amniopunkcja lub biopsja trofoblastu lub kordocenteza)

Imię i nazwisko pacjentki:

PESEL:

Data urodzenia:

Wiek ciąży (w tygodniach):

Tel. kontaktowy:

Proszę o wykonanie u pacjentki badania:

☐ PORADNICTWO I BADANIA GENETYCZNE

☐ POBRANIE MATERIAŁU PŁODOWEGO DO BADAŃ GENETYCZNYCH
(amniopunkcja / biopsja trofoblastu / kordocenteza)

Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych refundowanych przez NFZ:

proszę zaznaczyć X jedno ze wskazań zakreślając odpowiednie polej

- ☐ wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
- ☐ stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- ☐ stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikowo;
- ☐ stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

OPIS NIEPRAWIDŁOWOŚCI:

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

BADANIE POTWIERDZAJĄCE ZASADNOŚĆ SKIEROWANIA:

.....
.....

Do skierowania konieczny jest opis nieprawidłowości oraz dołączenie badań potwierdzających zasadność skierowania do programu (zgodnie z wyborem wskazania np. nieprawidłowe USG, badania biochemiczne wskazujące na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu itp.).

.....
Lekarz zlecający (podpis i pieczęć z NPWZ)



INFORMACJA DLA PACJENTKI:

Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną w celu uwzględnienia dogodnego dla Państwa terminu.

AUREA ul. Dzielna 64/11, Tel: +48 571 809 858.