

SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH

Imię i Nazwisko

Data urodzenia.....PESEL.....

Wiek ciąży (w tygodniach)

Proszę o wykonanie u pacjentki:

- USG 11-13 (+6) TYDZIEŃ CIĄŻY+TEST PAPPA
- USG 18-22 (+6) TYDZIEŃ CIĄŻY

- KONSULTACJA GENETYKA
- AMNIOPUNKCJA GENETYCZNA/ BIOPSJA TROFOBLASTU

Wskazania do przeprowadzenia diagnostyki genetycznej (konsultacji genetycznej lub badania inwazyjnego)

- 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 wieloczynnikową;
- stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Opis nieprawidłowości (dołączone wyniki badań potwierdzającymi zasadność skierowania do tej części programu)

.....

.....
data zlecenia (dzień-miesiąc-rok)

.....
pieczęć i podpis lekarza zlecającego (NPWZ)

INFORMACJA DLA PACJENTKI

Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną:

Boramed Centrum Medyczne Sp. z o.o.

ul. Bora -Komorowskiego 21 lok.307,
tel. 22 250-15-77

ul. Béli Bartóka 8 lok U/A
tel. 22 535-36-00