ultramedica
CENTRUM ZDROWIA KOBIETY

……, data……..……20 ……..r.

(Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon,
kody resortowe, nazwa komórki organizacyjnej)

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Proszę o wykonanie u pacjentki:

- ☐ USG 11-14 TYDZIEŃ CIĄŻY
- ☐ TEST PAPP-A (BIAŁKO PAPP-A WG FMF, WOLNA PODJEDNOSTKA B-HCG WG FMF)
- ☐ USG 20-24 TYDZIEŃ CIĄŻY
- ☐ BIOPSJA KOSMÓWKI (BIOPSJA TROFOBLASTU)
- ☐ AMNIOPUNKCJA GENETYCZNA
- ☐ KORDOCENTEZA
- ☐ KONSULTACJA GENETYCZNA
- ☐ AFP ☐ ESTRIOL

…… , lat ……
(imię i nazwisko Pacjentki)

…… telefon ……
(Adres)

…… kod (ICD-10) ……
(Rozpoznanie)

PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Wskazania do diagnostyki prenatalnej (NFZ):

- ☐ wiek matki 35 lat i powyżej
- ☐ 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 monogenetycznie lub wieloczynnikową
- ☐ stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

……
(UWAGI)

Prosimy o wcześniejszą rejestrację.

……
(czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego)

PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH
ULTRAMEDICA **UL. Sienkiewicza 10/102 05-120 Legionowo**
info@umedica.pl
ZAPISY: tel. 22-732-24-86, 518-447-748