

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

SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH NFZ

**Proszę o wykonanie u Pacjentki następujących badań w ramach I etapu diagnostyki tj. poradnictwo,
diagnostyka USG i badania biochemiczne**

- USG I TRYMESTRU (11-14 TYDZIEŃ CIAŻY)
- TEST PAPP-A (BIAŁKO PAPP-A WG FMF, WOLNA PODJEDNOSTKA B-HCG WG FMF)
- USG II TRYMESTRU (18 – 22 tyg. + 6 dni)

..... PESEL _ _ _ _ _

(imię i nazwisko Pacjentki)

..... TYDZIEŃ CIAŻY

(Adres)

..... kod (ICD-10)

(Wiek ciąży, termin porodu, rozpoznanie)

Wskazania do II etapu diagnostyki

- 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

Proszę o wykonanie u Pacjentki następujących badań w ramach II etapu diagnostyki tj. poradnictwo, badania genetyczne i pobranie materiału do badań genetycznych*

- AMNIOPUNKCJA / BIOPSJA TROFOBLASTU/ KORDOCENTEZA
- KONSULTACJA GENETYCZNA

Prosimy o wcześniejszą rejestrację.

***skierowanie do II etapu diagnostyki wymaga zaznaczenia co najmniej jednego wskazania oraz przedstawienia przez Pacjentkę wyników badań będących podstawą wystawienia skierowania.**

.....
(czytelny podpis i pieczęć 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