

Pieczątka placówki kierującej

SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH

Imię i Nazwisko

PESEL Data urodzenia

Wiek ciąży (w tygodniach)

Proszę o wykonanie u pacjentki:

- USG 11-14 TYDZIEŃ CIĄŻY + TEST PAPPA
- USG 20-24 TYDZIEŃ CIĄŻY
- AMNIOPUNKCJA GENETYCZNA

Wskazania do przeprowadzenia amniopunkcji genetycznej:

- 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.

.....
Uwagi

.....
data zlecenia

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

INFORMACJA DLA PACJENTKI

Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną

CENTRUM DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ MULTI-MED

00-631 WARSZAWA UL. WARYŃSKIEGO 6 (22) 636 47 74