

Pieczętka jednostki kierującej

SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE

Proszę o wykonanie u pacjentki:

- USG 11 – 14 TYDZIEŃ CIĄŻY + TEST PAPP A
- USG 20 – 24 TYDZIEŃ CIĄŻY
- AMNIOPUNKCJA GENETYCZNA

.....
Imię

.....
Nazwisko

.....
Pesel

Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych:

(proszę zaznaczyć jedno ze wskazań zakreślając odpowiednie pole)

- wiek matki powyżej 35 lat
- 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

.....
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