



Pieczętka jednostki kierującej

Data wystawienia skierowania:
(miejscowość, data)

SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH

Imię:.....

Nazwisko.....

PESEL:..... Data urodzenia:..... Wiek:.....

Adres:.....

Tydzień ciąży:..... KOD ICD-10:.....

Rozpoznanie:.....

1. Część: Poradnictwo i badania biochemiczne oraz Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych.

Proszę o wykonanie:

- ☐ USG I trymestru pomiędzy 11 a 14 tygodniem ciąży ☐ Testu PAPP-A (białko PAPP-A + free- β -HCG)
☐ Pobranie AFP oraz Estriolu
☐ USG II Trymestru pomiędzy 18 a 22 tygodniem i 6. dniem ciąży

2. Część: Poradnictwo i badania genetyczne oraz Pobranie materiału płodowego do badań genetycznych

Proszę o wykonanie:

- ☐ Porady genetycznej * (konieczne podanie wskazania)
☐ Amniopunkcji * (konieczne podanie wskazania)

Podanie wskazania wymagane tylko w przypadku skierowania na badania prenatalne wskazane w pkt. 2

- ☐ 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, informację o wskazaniach do objęcia tą częścią programu wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do tej części programu

.....
czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego



INFORMACJA DLA PACJENTKI
Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną +48 509 107 405; +48 22 823 04 52
Prywatna Poliklinika „KAAR-MED” ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. 10/23; 02-362 Warszawa

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia