Pieczęć gabinetu lekarskiego / podmiotu leczniczego

SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE

Proszę o wykonanie badań prenatalnych u pacjentki

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
- ☐ Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka
- ☐ Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikowo
- ☐ Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko abberacji chromosomowej lub wady płodu

__ __ - __ __ - __ __

Data zlecenia dd-mm-rr

INFORMACJA DLA PACJENTA
Prosimy o wcześniejszą rejestrację tel. 81 534 97 62
Pon. – pt. godz: 8:00 – 14:00,

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego

(Uprzejmie prosimy o dołączenie istotnych informacji lub wyników uprzednio wykonanych badań – jeśli dotyczy)