

.....  
Pieczętka jednostki kierującej (dane z numerem REGON)

.....  
Miejscowość, data

## SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH NFZ

### POBRANIE MATERIAŁU PŁODOWEGO DO BADAŃ GENETYCZNYCH (amniopunkcja lub biopsja trofoblastu lub kordocenteza)

Imię i nazwisko pacjentki: .....

PESEL: .....

Data urodzenia: .....

Wiek ciąży (w tygodniach): .....

Tel. kontaktowy: .....

Proszę o wykonanie u pacjentki badania: POBRANIE MATERIAŁU PŁODOWEGO DO BADAŃ GENETYCZNYCH  
(amniopunkcja / biopsja trofoblastu / kordocenteza)

#### Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych refundowanych przez NFZ:

*proszę zaznaczyć X jedno ze wskazań zakreślając odpowiednie polej*

- 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 wieloczynnikowo;
- stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

OPIS NIEPRAWIDŁOWOŚCI: .....

BADANIE POTWIERDZAJĄCE ZASADNOŚĆ SKIEROWANIA: .....

Do skierowania konieczny jest opis nieprawidłowości oraz dołączenie badań potwierdzających zasadność skierowania do programu (zgodnie z wyborem wskazania np. nieprawidłowe USG, badania biochemiczne wskazujące na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu itp.).

.....

**INFORMACJA DLA PACJENTKI:**

**Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną w celu uwzględnieni dogodnego dla Państwa terminu.**

**Gabinety Krasieńskiego 61/46, Tel: +48 518 663 814.**