

## SKIEROWANIE NA BADANIE PRENATALNE

### WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY (Przy braku wskazań możliwość badania odpłatnego)

#### WSKAZANIA DO REFUNDOWANEGO BADANIA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI PRENATALNEJ NFZ

Do włączenia do Programu uprawnione są kobiety w ciąży, spełniające co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Wiek matki powyżej 35 lat (przekroczenie wieku 35 lat przed lub w chwili zajścia w ciążę)
- Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka
- Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową
- Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka
- Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wad płodu

PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

PIECZĘĆ LEKARZA KIERUJĄCEGO

Zgodnie z wymogami NFZ potrzebne są dokumenty (np. karty leczenia, wypisy ze szpitala, wyniki badań genetycznych) potwierdzające występowanie zgłaszanej wady lub nieprawidłowości.

### WYPEŁNIA PACJENTKA (przed przyjściem na badanie)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI:  PESEL:

e-mail:  telefon:

#### ADRES

ulica:  numer:  kod pocztowy:  miejscowość:

#### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam poinformowana przez lekarza prowadzącego (kierującego) o celu i znaczeniu diagnostycznym wykonywanego testu. Wyrażam zgodę na jego wykonanie oraz rozumiem, że nieinwazyjne badania prenatalne są badaniami przesiewowymi i nie wykrywają 100% przypadków genetycznych wad płodu. Jednocześnie zostałam poinformowana o skuteczności testów przesiewowych i rozumiem, że wynik nieprawidłowy nie oznacza choroby płodu lecz podwyższone ryzyko jej wystąpienia i wymaga dalszej diagnostyki. Natomiast wynik prawidłowy nie oznacza braku choroby płodu lecz niskie ryzyko jej wystąpienia.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wyników moich badań oraz materiału biologicznego do celów naukowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dn. 29/08/97 o ochronie danych osobowych (Dz.U z 2002r. Nr 101, poz. 926, z póź. zm.), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na przesłanie moich wyników listownie lub na adres e-mail. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

DATA, PODPIS PACJENTKI

Wszystko dla  
zdrowia dziecka

#### Dodatkowe usługi (odpłatnie):

Nagranie badania prenatalnego USG na płycie DVD  
(prosimy zgłosić zaraz po wejściu do gabinetu, przed rozpoczęciem badania)



# WYWIAD - PACJENTKA

Rodność: Masa (kg):  Wzrost (cm):  Rasa pacjentki: biała:  inna, jaka:

Porody po 37 tyg. ciąży  31 - 36 tydz.  Porody (poronienia) 16 - 30 tydz.  do 15 tyg.

Poprzednie ciążę:

Tydzień zakończenia	Sposób ukończenia <small>(naturalny, c.c., kleszcze, vacuum, poronienie)</small>	Data porodu	Płeć dziecka (K/M)	Masa urodzeniowa	Czy żyje	Czy jest zdrowe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Obecna ciąża:

Zajście w ciążę (zapłodnienie): samoistne:  in vitro:  wspomagane:  jakie:

Ostatnia miesiączka (data rozpoczęcia):  Cykle regularne: tak (co ile dni)  nie  najkrótszy  najdłuższy

ewent. termin porodu:  Indukcja owulacji: tak  nie

Poród przedwczesny w wywiadzie: tak  nie

Nadciśnienie ciążowe w wywiadzie: tak  nie

Nadciśnienie ciążowe u matki pacjentki: tak  nie

Nadciśnienie przewlekłe: tak  nie

Palenie papierosów: tak  nie

Cukrzyca: tak, jaki typ:  nie

Toczeń rumieniowaty: tak  nie

Zespół antyfosfolipidowy: tak  nie

Przebyte operacje (kiedy? jaka?): .....

Choroby przewlekłe: .....

Infekcje i choroby w obecnej ciąży: .....

Stosowane leki: .....

PODPIS: .....

## BADANIA

	DATA	RR Lewa	RR Prawa	WAGA (kg)
I trymestr: (test podwójny)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
II trymestr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
III trymestr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Test potrójny	Amniopunkcja
Data:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Waga:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RR Lewa:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RR Prawa:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## DANE ADRESOWE PLACÓWKI:

PREMEDICARE  
ANIA ENATALNE



Centrum Badań Prenatalnych PreMediCare Sp. z o.o.

ul. Druzbickiego 13, 61-693 Poznań

tel: 661 608 100

61-6398569

e-mail: info@premedicare.pl

www.premedicare.pl

Centrum Nowych Technologii Medycznych NEW MED



PROGRAM  
REGIONALNY  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



WOJEWÓDZTWO  
WIELKOPOLSKIE

EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO

