



Pieczętka jednostki kierującej

.....
data zlecenia

SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE I INNE

Proszę o wykonanie u pacjentki:

- jednostki USG 11 – 14 TYDZIEŃ CIĄŻY
- TEST PAPP
- TEST HARMONY z krwi matki
- USG 20-24 TYDZIEŃ CIĄŻY
- USG POWYŻEJ 36 TYGODNIA CIĄŻY
- AMNIOPUNKCJA GENETYCZNA
- ZABIEG MONA LISA TOUCH
- BADANIE DROŻNOŚCI JAJOWODÓW SONO-HSG
- BIOPSJA ENDOMETRIUM Z BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM
- BIOPSJA PIERSI

.....
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

.....
Lekarz zlecający (pieczęć i podpis)

INFORMACJA DLA PACJENTKI

Prosimy o wcześniejszą rejestrację. Na badania z krwi nie trzeba być na czczo.

PREMIUM MEDICAL

04-359 Warszawa, Kobielska 23 (Galeria Grochów, II piętro windą)

Tel. 22 512 51 53