

Pieczętka jednostki kierującej

.....dnia.....20.....r.

**SKIEROWANIE  
DO PORADNI GENETYCZNEJ – NZOZ GENOM**

**PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH**

Proszę o badanie. **Badanie prenatalne**  
u Pani.....,  
lat.....  
Adres.....

PESEL .....

ciąża.....

**WSKAZANIE do przeprowadzenia badania (proszę zaznaczyć jedno ze wskazań stawiając znak X)**

- 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.

**Do skierowania należy dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą zaznaczone wskazanie – za wyjątkiem wskazania wiek matki powyżej 35 lat !**

kod(ICD10).....

Badania dotychczas wykonane.....

.....

.....  
czytelny podpis i pieczętka lekarza

Pieczętka jednostki kierującej

.....dnia.....20.....r.

**SKIEROWANIE  
DO PORADNI GENETYCZNEJ – NZOZ GENOM**

**PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH**

Proszę o badanie. **Badanie prenatalne**  
u Pani.....,  
lat.....  
Adres.....

PESEL .....

ciąża.....

**WSKAZANIE do przeprowadzenia badania (proszę zaznaczyć jedno ze wskazań stawiając znak X)**

- 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.

**Do skierowania należy dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą zaznaczone wskazanie – za wyjątkiem wskazania wiek matki powyżej 35 lat !**

kod(ICD10).....

Badania dotychczas wykonane.....

.....

.....  
czytelny podpis i pieczętka lekarza