

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

INFORMACJA DLA PACJENTA

Prosimy o wcześniejszą rejestrację
 od Pn. do Pt. w godzinach 8.00 - 19.00
 tel. 517 855 222

Adres:
 STOMED
 ul. Legionów 23, 41-200 Sosnowiec

| | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|
| | | - | | | - | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|

Data zlecenia dd-mm-rr

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego