ORBIMED
centrum medyczne
Tychy, al. Niepodległości 98

Data skierowania

Pieczęć gabinetu lekarskiego / zakładu opieki zdrowotnej

SKIEROWANIE NA BADANIE PRENATALNE

Proszę o wykonanie badania prenatalnego u pacjentki

Imię

Nazwisko

PESEL

Data ostatniej miesiączki

Wskazania 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 i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

Uwagi:

Lekarz zlecający badanie (pieczęć i podpis)

Informacje dla pacjentki

Badanie wymaga wcześniejszej rejestracji telefonicznej.
tel. 32 790 71 17, kom. 602 157 358
www.orbimed.pl