

NAZWISKO																			
IMIE																			
PESEL																			
DATA URODZENIA																			

TU NAKLEJ KOD MATERIAŁU	
NAZWA I ADRES ZLECAJĄCEGO	DATA I GODZINA PRZYJĘCIA MATERIAŁU DO LABORATORIUM
LEKARZ ZLECAJĄCY	DATA WYSTAWIENIA ZLECENIA

SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE NIPT PANORAMA

Dane pacjentki:

Adres zamieszkania pacjentki:.....
Sposób kontaktu z pacjentką (np. telefon, fax, e-mail):.....
Nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość - w przypadku Pacjentki nieposiadającej numeru PESEL:.....
Pochodzenie etniczne: ☐ Polskie ☐ Inne.....
Istotne dane kliniczne (Pełny wywiad położniczy; wyniki badań prenatalnych/USG (wady płodu); nosicielstwo zmian genetycznych u rodziców; niepowodzenia rozrodu; wywiad rodzinny).....

 Masa ciała (kg)	 Wzrost (cm)	 Spodziewana data porodu
☐ Ciąża pojedyncza ☐ Ciąża bliźniacza: ☐ 1- kosmówkowa ☐ 2- kosmówkowa ☐ Nie wiadomo		

☐ Zapłodnienie pozaustrojowe/ zapłodnienie metodą docytoplazmatycznej iniekcji plemnika (IVF) Wiek matki w chwili pobrania k.j.:
☐ Komórka jajowa pochodząca od dawczyni

Dla ciąż bliźniaczych zaznacz wszystkie istotne pola. NIE badamy zanikających bliźniaków, ciąż mnogich większych niż 2 płody lub dawcy komórki jajowej

Rodzaj materiału: Krew żylna - specjalny zestaw

Zlecony rodzaj badania:

- ☐ **Panel prenatalny Panorama** - chromosomy 13,18, 21, chromosomy płci; triploidia
☐ **Panel prenatalny Panorama + zespół delecji 22q11.2** - chromosomy 13,18, 21, chromosomy płci; triploidia; delecja 22q11.2
☐ **Panel prenatalny Panorama + panel mikrodelecji** - chromosomy 13,18, 21, chromosomy płci; triploidia; delecja 22q11.2 plus cztery mikrodelecje
 Dodatkowa informacja (nie wpływa na cenę badania):
☐ Płeć płodu

UWAGA: Badanie możemy wykonać dla minimum 9-tego tygodnia ciąży. Badanie 22q niedostępne dla bliźniąt dizygotycznych i ciąż z dawstwem komórki jajowej. Panel rozszerzony niedostępny dla bliźniąt i ciąż z dawstwem komórki jajowej

Oświadczenie i podpis lekarza:

Oświadczam, że poinformowałem/am pacjentkę o możliwościach, ograniczeniach i potencjalnych zagrożeniach związanych z testami.

Podpis lekarza Data

Oświadczenie i podpis pacjentki:

Zapoznałam się z treścią świadomej zgody. Rozumiem cel i znaczenie zleconego badania. Miałam możliwość konsultacji wątpliwości związanych z badaniem z wyznaczonym pracownikiem świadczeniodawcy opieki zdrowotnej.

Podpis pacjentki Data

Wyrażam zgodę na przechowywanie i wykorzystanie próbki materiału do celów związanych z zapewnieniem jakości i prowadzeniem badań naukowych. (brak wyboru jest traktowany jak „nie”)

☐ TAK ☐ NIE

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU BADANIA LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU WYNIKU

Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych:

Godzina pobrania materiału

Godziny	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Minuty	15	30	45									

Godziny popołudniowe

Data pobrania materiału	Dane osoby pobierającej
-------------------------	-------------------------