ALAB laboratoria Sp. z o.o.
Laboratorium Analiz Lekarskich ALAB
00-739 Warszawa, ul Stępińska 22/30
tel. 22 349 68 35, 22 349 60 57, 506 825 979
www.alab.pl

TU NAKLEJ KOD MATERIAŁU

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

DATA URODZENIA

NAZWA I ADRES ZLECAJĄCEGO

LEKARZ ZLECAJĄCY

DATA I GODZINA PRZYJĘCIA MATERIAŁU DO LABORATORIUM

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