

JASMEDICA Jastrzębie-Zdrój, ul. Podmiejska 9a
skierowanie na badanie PRENATALNE

Imię | _____

Nazwisko | _____

Adres | _____

PESEL | _____

**WSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA BADANIA
refundowanego przez NFZ**

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

_____ data _____ Lekarz zlecający (pieczęć i podpis)

INFORMACJA DLA PACJENTKI

Rejestracja telefoniczna do poniedziałku do piątku

☎ 730 740 009