

	<b>Państwowy Instytut Medyczny MSWiA</b>	
	<b>CEMTRUM GENETYKI I GENOMIKI</b> <b>LABORATORIUM GENETYCZNE</b> 02-507 Warszawa, ul. Wołoska 137 tel.47 722 21 31 Kod resortowy: VII-552, VIII-7102	
Oznaczenie (nazwa, adres, kody resortowe, kontakt) zlecającej jednostki organizacyjnej PIM MSWiA		Data wystawienia
<b>SKIEROWANIE NA BADANIE PRENATALNE</b>		

<b>DANE PACJENTA</b>	Nazwisko i imię pacjenta		
	PESEL*:	nazwa i nr dokumentu tożsamości *	Data urodzenia:
	Adres pacjenta:		Płeć:
	Rozpoznanie:		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
		Kontakt z pacjentem (telefon, e-mail)	
		ICD10 (pięć znaków)	

WSKAZANIA DO BADANIA (wypełnia lekarz kierujący)	
Zaawansowanie ciąży:	
Wynik przesiewowych badań prenatalnych i innych badań płodu:	
Wynik badania ultrasonograficznego płodu z opisem nieprawidłowości w obrazie płodu jako wskazania do genetycznej diagnostyki prenatalnej:	
Nosicielstwo aberracji zrównoważonej lub choroby monogenowej u rodziców: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Niepowodzenia rozrodu:	
Chorobach genetyczne w rodzinie:	

ZLECONE BADANIE (wypełnia lekarz kierujący)	
Rodzaj badania:	Finansowanie: <input type="checkbox"/> NFZ <input type="checkbox"/> komercyjne <input type="checkbox"/> badanie kliniczne <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....
Adres miejsca przesłania sprawozdania z badania genetycznego:	Nazwisko i imię osoby upoważnionej do odbioru materiału biologicznego do badania genetycznego:

MATERIAŁ BADANY (wypełnia lekarz kierujący)	
Materiał pobrany w trakcie hospitalizacji: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> krew żylna/surowica
<input type="checkbox"/> płyn owodniowy	data pobrania i godzina::
<input type="checkbox"/> inny (jaki?).....	Nazwisko i imię osoby pobierającej materiał biologiczny:

<b>Czy uzyskano zgodę pacjenta na:</b>		data	Oznaczenie** i podpis lekarza kierującego (oraz dane kontaktowe: tel., e-mail)
wykonanie badania genetycznego i przetwarzania danych osobowych? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	transmisję wyników badań drogą elektroniczną? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO LABORATORIUM			
Osoba przyjmująca materiał	Numer badania	data i godzina pobrania	uwagi

zaznacz właściwie \* w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - podać datę urodzenia oraz płeć  
 \*\* oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis  
 \*\*\* oznaczenie Jednostki Diagnostyki Patomorfologicznej, nazwa, adres, kontakt