OCENA RYZYKA GENETYCZNYCH WAD PŁODU

GRAVMED Sp. z o. o. Radom, ul. Żeromskiego 64 tel: 48 364-22-66

Test podwójny PAPP-a i wolna podjednostka B-HCG

Dane pacjentki

Imię i nazwisko……

PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Tel kontaktowy……..e-mail……

Masa ciała…….. Wzrost……. . Liczba ciąż…….. Liczba porodów ……

Poród przedwczesny(16-30tyg. ciąży)……Poród pomiędzy 31-36tyg. ciąży..... Poród w/po 37 tyg ciąży……..

Rasa(wpisać jeśli inna niż biała)…….

*Ciąża bliźniacza TAK NIE***

*Preeklampsja w poprzedniej ciąży TAK NIE***

*Matka pacjentki chora na preeklampsję TAK NIE***

*Palenie tytoniu w ciąży TAK NIE***

*Metoda zapłodnienia : naturalne in vitro** .*

*Choroby współistniejące: nadciśnienie TAK NIE***

*cukrzyca TAK /typ NIE***

*Toczeń: TAK NIE ***

*z.antyfosfolipidowy: TAK NIE ***

Data OM…….. Termin porodu……..

*Dziecko z wadą genetyczną w wywiadzie: TAK NIE***

Jaka wada: Tris 21 Tris 18 Tris 13 Inna:……

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1, z późn. zm.). Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz podanych informacji na potrzeby oceny testu wg FMF.

*Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą tradycyjną prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS ** zawiadomienia o kolejnej wizycie i kontaktu telefonicznego*

…….. .....

Miejscowość i data *czytelny podpis świadczeniobiorcy*

** niepotrzebne skreślić