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-KRYPTOR

Dane pacjentki

Imię i nazwisko……

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

Tel kontaktowy……..e-mail……

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

I-wiek ciąży……. II-wiek ciąży……...III-wiek ciąży……

Rasa(wpisać jeśli inna niż biała)……..

Ciąża bliźniacza TAK NIE

Leki indukujące owulację TAK NIE

Palenie tytoniu w ciąży TAK NIE

Ciąża po in vitro TAK NIE

Jeśli tak to zarodki: świeże/data pobrania……..mrożone/data mrożenia…….

Choroby współistniejące: nadciśnienie TAK NIE

cukrzyca TAK /typ NIE

Toczeń: TAK NIE

z.antyfosfolipidowy: TAK NIE

Data OM…….. Termin porodu…….. Data transferu……..

Dziecko z wadą genetyczną w wywiadzie: TAK NIE

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

Uwagi:……

Data skierowania…… Podpis i pieczęć lekarza…….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz podanych informacji na potrzeby oceny testu wg FMF.

Zachowuję prawo do wglądu, poprawiania oraz kasowania moich danych osobowych.

Radom, dnia…….. Podpis pacjentki……