

# SKIEROWANIE NA BADANIA W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI PRENATALNEJ NFZ

## WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

Imię i nazwisko pacjentki.....

PESEL.....

Data ostatniej miesiączki.....

Tydzień ciąży CRL.....

Badanie USG  11 – 14 tygodniu ciąży  18 – 24 tygodniu ciąży

Badanie biochemiczne  tak  nie

### PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

## WSKAZANIA DO REFUNDOWANEGO BADANIA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI PRENATALNEJ NFZ

Do włączenia do Programu uprawnione są kobiety w ciąży, spełniające **co najmniej jedno** z poniższych kryteriów: (niezaznaczenie żadnej opcji skutkuje brakiem refundacji przez NFZ – powoduje konieczność pokrycia kosztów badania przez pacjentkę)

- 1. Wiek matki powyżej 35 lat.
- 2. Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka.
- 3. Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka.
- 4. Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową.
- 5. Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wad płodu.

Zgodnie z wymogami NFZ potrzebne są dokumenty (np. karty leczenia, wypisy ze szpitala, wyniki badań genetycznych) potwierdzające występowanie zgłaszanej wady lub nieprawidłowości.

Miejscowość.....

Data.....

.....

Pieczęć i podpis lekarza kierującego

## WYPEŁNIA PACJENTKA

Zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia w celu uzyskania refundacji badania w ramach Programu Profilaktyki

Prenatalnej NZOZ Homed zobowiązany jest do uzyskania od P.T. Pacjentki udokumentowanej zgody, która zapewni możliwość przekazywania w uzasadnionych przypadkach informacji (np. wyników badań, wezwania po odbiór wyników badań) bezpośrednio z systemu informatycznego NFZ lub przez koordynatora programu.

ADRES ZAMIESZKANIA	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	
MIEJSCOWOŚĆ, DATA	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 przesłanie pocztą elektroniczną wyniku badania oraz zawiadomienia o kolejnej wizycie.

CZYTELNY PODPIS PACJENTKI	
---------------------------	--

**WYPEŁNIA JEDNOSTKA WYKONUJĄCA BADANIA PRENATALNE – NZOZ HOMED**

<b>Pacjentka</b>	
------------------	--

Rodność : [...] [...] [...] uwagi [.....]

Niska masa urodzeniowa w poprzedniej ciąży [...] tak [...]nie

Zajście w ciążę : samoistne [...] wspomagane [...] jakie? [.....]

Indukcja owulacji nie [...] tak [...] Rasa pacjentki : [...] biała, [...] inna , kolor skóry [.....]

Waga(kg)       Wzrost (cm)

Palenie papierosów : [...] nie, [...] tak- ile dziennie (szt) [.....]

Cukrzyca: [...]nie [...] tak , jaki typ [.....] Insulinooporność [...]

Nadciśnienie przewlekłe: [...]tak [...]nie

Preeklampsja w poprzedniej ciąży: [...]tak [...]nie

Toczeń rumieniowaty [...]tak [...]nie      Zespół antyfosfolipidowy [...]tak [...]nie

Choroby, leki

Próbka krwi nr

.....

PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ

**NZOZ HOMED**

ul.Paderewskiego 14, 36-060 Głogów Małopolski, OS. NIWA II PIĘTRO GAB. 24

E-mail: prenatalne@homed.pl

REJESTRACJA NA BADANIA: 570 017 112 / 17 717 60 42