

Zlecenie badań do raportu TEST PRISCA – 4
Ocena ryzyka genetycznych wad płodu
(trisomia 21, trisomia 18, wady cewy nerwowej)
za pomocą programu komputerowego PRISCA – 4

Dla I-go trymestru ciąży (8- 13 tydzień):
PAPA-A, wolna podjednostka β hCG
Dla II-go trymestru ciąży (14- 22 tydzień):
AFP, hCG, uE3

Data pobrania próbki do badań biochemicznych:

DANE CIĘŻARNEJ

Imię:.....
Nazwisko:.....
Data urodzenia:.....PESEL:.....
Nr telefonu kontaktowego:.....
Waga:.....

WYWIAD

Data ostatniej miesiączki (LMP):.....
Wiek płodu wg LMP.....
Cykle są regularne: tak nie
Ilość dni pomiędzy kolejnymi cyklami:.....
IVF: tak nie
Pałaca: tak nie
Cukrzyca: tak nie
Ciąża bliźniacza: tak nie
Stosowane leki:.....

BADANIE USG

Wiek płodu wg USG.....data wykonania badania:.....
Wiek płodu wg CRL.....mm.....data wykonania badania:.....
Wiek płodu wg BPD.....mm.....data wykonania badania:.....
Wartość NT.....data wykonania badania:.....

Imię i nazwisko lekarza wykonującego badanie USG:
Nr telefonu kontaktowego:
Czy lekarz ma uprawnienia do wykonywania NT: tak

KAŻDY RAPORT PRISCA POWINIEN BYĆ OMÓWIONY Z LEKARZEM PROWADZĄCYM

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

OŚWIADCZENIE

1. Zostałam poinformowana, że badania testowe nie dają stuprocentowej pewności wykrycia u płodu zespołu Downa, zespołu Edwardsa i otwartej wady ośrodkowego układu nerwowego. Poinformowano mnie także o skuteczności testów w diagnostyce u płodu wymienionych nieprawidłowości.
2. Rozumiem, że wynik testu wskazujący na niskie ryzyko wystąpienia u płodu poszukiwanych nieprawidłowości nie gwarantuje urodzenia zdrowego dziecka.
3. Zostałam poinformowana, że w przypadku, gdy wynik testu zostanie zinterpretowany jako pozytywny jedynie wykonanie dalszych badań diagnostycznych pozwoli na ustalenie ostatecznego rozpoznania.
4. Oświadczam, że są mi znane korzyści oraz ograniczenia diagnostyczne testu.
5. Oświadczam, że decyduję się dobrowolnie na pobranie krwi i przeprowadzenie testu.

.....
Data

.....
czytelny podpis pacjentki