|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU***ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań,* | **F12- CL** |
| Wydanie 4 | Strona 1 z 1 |
| **Skierowanie do Pracowni Cytogenetycznej** | LA 1 |
| **DIAGNOSTYKA POSTNATALNA** |
| Data i godzina pobrania materiału: | Jednostka zlecająca |
| Data i godzina przyjęcia materiału: | Nr księgi głównej / KP | Tryb wykonania badania – każde badanie rutynowe |
| Nazwisko i imię pacjenta: |
| Data urodzenia: | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Płeć: K M |
| Adres pacjenta: |
| Numer telefonu pacjenta: | Adres e-mail pacjenta: |
|  **1.** **Oznaczanie kariotypu z krwi**  |
| ***Wskazania do wykonania badania:*** |
|  poronienia nawracające **N96**, **O03.9**   |  niepowodzenia rozrodu(diagnostyka niepłodności) -  **N97,**  **N46** |
|  niepowodzenia rozrodu(wady płodu, ciąża obumarła po 22 t.c) -  **Z82.7** |
|  podejrzenie aneuploidii autosomów: trisomii 21  trisomii 13 * trisomii 18

innej ………………………………………………. |  podejrzenie aberracji chromosomów płci  (np. z. Turnera, z. Klinefeltera) |  pierwotny brak miesiączki - **N91.0** |
|  zespół wad rozwojowych u dziecka |  wtórny brak miesiączki - **N91.1** |
|  zespół cech dysmorficznych  |  zaburzenia determinacji płci - **F64** |
|  INNE ………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **2.**  **Trombofilia – testy molekularne** **Panel badań :** mutacja V Leiden (G1691A/R506G) , mutacja genu protrombiny F2 (G20210A), polimorfizmy: C677T i A1298C genu MTHFR,  polimorfizm PAI-1 (4G/5Q), polimorfizm czynnika V R 2 (H1299R) |
|  ***Wskazania do wykonania badania:*** |
| poronienia nawracające **N96**, **O03.9** |  niepowodzenia rozrodu(diagnostyka niepłodności) -  **N97** |

|  |
| --- |
| **3. Testy molekularne w diagnostyce niepłodności męskiej** |
|   mutacja CFTR ( 7 mutacji)  |   badanie regionu AZF  |
| ***Wskazania do wykonania badania:*** niepłodność męska **N46** |
| Pieczęć i podpis osoby pobierającej materiał | Pieczęć i podpis osoby zlecającej badanie |
| Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku:  | Wyrażam zgodę na przesłanie prawidłowego wyniku badania pod wskazany wyżej adres: Czytelny podpis: |

Wzór formularza obowiązuje od: 14.09.2020 r.