|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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.