|  |  |
| --- | --- |
| Data i godzina pobrania materiału: | Jednostka zlecająca/Pacjentka  |
| Data i godzina przyjęcia materiału: | Data i godzina przyjęcia materiału: | Tryb wykonania badania – każde badanie rutynowe |
| Nazwisko i imię pacjenta |  |
| Data urodzenia: | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres pacjenta |  |
| Numer telefonu pacjenta |  | Adres e-mail pacjenta: |
| **Rodzaj badania** |
| **ustalenie płci w materiale biologicznym z poronienia samoistnego/ciąży obumarłej**Wykonywane z materiału archiwalnego (np. bloczki parafinowe) oraz z materiału z poronienia w soli fizjologicznej.**badanie metodą mikromacierzy klinicznej** Badanie pozwala na wykrycie wszystkich aberracji chromosomowych (liczby i struktury) oraz mikroaberracji. Wykonywane wyłącznie z materiału z poronienia w soli fizjologicznej. **badanie aberracji chromosomowych metodą QF-PCR. Badanie pozwala na wykrycie aberracji chromosomów (aberracje liczb): X, Y, 13, 15, 16, 18, 21, 22.** Wykonywane z materiału archiwalnego (np. bloczki parafinowe) oraz oraz z materiału z poronienia w soli fizjologicznej. |
| **Informacje dotyczące poronienia lub obumarłej ciąży** |
| 1. Kolejność ciąży (która ciąża) ………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Liczba poronień (które poronienie) ………………………………………………………………………………………………………………………
3. W którym tygodniu ciąży nastąpiło poronienie/obumarcie zarodka/płodu ……………………………………………………………….
4. Jak uzyskano ciążę, w której wystąpiło poronienie/obumarcie płodu:

 w sposób naturalny po inseminacji nasieniem partnera po inseminacji nasieniem dawcy po IVF lub ICSI (in vitro)1. Czy było wykonane badanie ultrasonograficzne w ciąży, która uległa poronieniu lub nastąpiło obumarcie płodu:  **NIE**

 **TAK - Opis wyniku** (prawidłowy, czy nieprawidłowy – stwierdzone nieprawidłowości) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Informacje dotyczące pacjentki – matki poronionego dziecka, partnera - ojca poronionego dziecka** |
| 1. Wiek matki …………………………… 2. Wiek ojca……………………………………3. Przebieg ciąż (zakończenie ciąży: tydzień, rodzaj porodu, prawidłowy przebieg, komplikacje) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………4. Czy pacjentka chorowała podczas trwania ciąży (na jaką chorobę i jak długo?) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………5. Czy pacjentka i/lub jej partner chorują na choroby przewlekłe (jeśli tak to kto i na jakie?)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………6. Czy pacjentka i/lub partner chorują na chorobę genetyczną (jeśli tak, to na jaką, czy były robione badania/wyniki tych badań) ………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Wywiad rodzinny** |
| 1. Czy w rodzinie występowały poronienia lub ciąże obumarłe (u kogo i ile tych niepowodzeń?)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………2. Czy w rodzinie występowała niepłodność (brak ciąży) – u kogo? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………3. Czy w rodzinie występują choroby genetyczne – u kogo i jakie? Czy były wykonane badania genetyczne? – podać wyniki tych badań…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Data, podpis i pieczęć lekarza pobierającego materiał | Data i podpis Pacjentki | Pacjentka wyraża zgodę na przekazanie e-mailem informacji o wyniku badaniaCzytelny podpis Pacjentki |