|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 badania  Czytelny podpis Pacjentki | | | | |