

# **PORADNIA ECHOKARDIOGRAFII PŁODU**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI ..... DATA .....

PESEL ..... DATA URODZENIA .....

ADRES PACJENTKI :

ULICA ..... NR ..... KOD POCZTOWY ..... MIEJSCOWOŚĆ .....

ROZPOZNANIE :

.....  
.....  
.....

## **WSKAZANIE DO PRZEPROWADZENIA BADANIA REFUNDOWANEGO PRZEZ NFZ**

- wada serca u jednego z rodziców
- choroba matki lub leki przez nią stosowane, mogące mieć wpływ na układ krążenia płodu
- wystąpienie w poprzedniej ciąży wady serca płodu lub dziecka
- stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych płodu, ciężarnej lub ojca dziecka
- stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu, w tym poszerzonej przezierności karkowej (NT)
- ciąża bliźniacza jednokosmówkowa
- brak możliwości technicznych/wątpliwości lekarza prowadzącego co do oceny anatomii serca płodu

pieczętka jednostki wystawiającej skierowanie

pieczętka i podpis lekarza

## **FEMMINA - CENTRUM MEDYCZNE**

Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną w celu uzgodnienia terminu badania.  
Rejestracja wizyt od poniedziałku do piątku pod numerem telefonicznym 531411612.