

UWAGA: wszystkie informacje uzyskane od Pani wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, wchodzi w skład dokumentacji medycznej i objęte są tajemnicą zawodową.

NAZWISKO IMIĘ

Adres PESEL

Telefon e-mail:

Waga Wzrost

PORODY					
Czy rodziła Pani?			<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
Rok	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Córka <input type="checkbox"/> waga	<input type="checkbox"/> poród siłami natury <input type="checkbox"/> kleszcze / vacuum <input type="checkbox"/> cięcie cesarskie	W tygodniu ciąży	Żyje: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Powikłania <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Rok	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Córka <input type="checkbox"/> waga	<input type="checkbox"/> poród siłami natury <input type="checkbox"/> kleszcze / vacuum <input type="checkbox"/> cięcie cesarskie	W tygodniu ciąży	Żyje: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Powikłania <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Rok	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Córka <input type="checkbox"/> waga	<input type="checkbox"/> poród siłami natury <input type="checkbox"/> kleszcze / vacuum <input type="checkbox"/> cięcie cesarskie	W tygodniu ciąży	Żyje: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Powikłania <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Rok	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Córka <input type="checkbox"/> waga	<input type="checkbox"/> poród siłami natury <input type="checkbox"/> kleszcze / vacuum <input type="checkbox"/> cięcie cesarskie	W tygodniu ciąży	Żyje: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Powikłania <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Rok	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Córka <input type="checkbox"/> waga	<input type="checkbox"/> poród siłami natury <input type="checkbox"/> kleszcze / vacuum <input type="checkbox"/> cięcie cesarskie	W tygodniu ciąży	Żyje: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Powikłania <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy roniła Pani?			<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
Rok	Tydzień ciąży	<input type="checkbox"/> Samoistne		<input type="checkbox"/> Sztuczne	
Rok	Tydzień ciąży	<input type="checkbox"/> Samoistne		<input type="checkbox"/> Sztuczne	
Rok	Tydzień ciąży	<input type="checkbox"/> Samoistne		<input type="checkbox"/> Sztuczne	

OBECNA CIĄŻA	
OSTATNIA MIESIĄCZKA	<input type="checkbox"/> Przewidywana data porodu wg miesięczki: <input type="checkbox"/> Przewidywana data porodu wg I USG:
Zapłodnienie in vitro	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Liczba płodów	<input type="checkbox"/> Jedno <input type="checkbox"/> Dwa Kosmówkowość: <input type="checkbox"/> DC/DA <input type="checkbox"/> MC/DA <input type="checkbox"/> MC/MA *
Wcześniejszy test przesiewowy (wynik)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Wynik: <input type="checkbox"/> Ryzyko T21 <input type="checkbox"/> Ryzyko T18 <input type="checkbox"/> Ryzyko T13
Czy wykonywała Pani wcześniej test przesiewowy?	<input type="checkbox"/> Badanie USG I trymestr <input type="checkbox"/> Badanie USG II trymestr
	<input type="checkbox"/> Badanie biochemiczne + USG I trymestr <input type="checkbox"/> Badanie biochemiczne I trymestr
	<input type="checkbox"/> Badanie biochemiczne II trymestr <input type="checkbox"/> Test zintegrowany
	<input type="checkbox"/> Brak badań <input type="checkbox"/> Inne

* DC/DA – dwukosmówkowa / dwuowodniowa
MC/DA – jednokosmówkowa / dwuowodniowa
MC/MA – jednokosmówkowa / jednoowodniowa

BADANIE	WIEK CIAŻY W DNIU POBRANIA KRWI	DATA POBRANIA KRWI
<input type="checkbox"/> SANCO <input type="checkbox"/> SANCO PLUS <input type="checkbox"/> NIFTY PRO <input type="checkbox"/> NIFTY BASIC/TWINS <input type="checkbox"/> NIFTY STANDARD <input type="checkbox"/> NIFTY PLUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRZEBYTE
<input type="checkbox"/> przebyty guz <input type="checkbox"/> nieprawidłowa historia reprodukcyjna <input type="checkbox"/> zapłodnienie in vitro <input type="checkbox"/> historia nowotworowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowy przebieg rozrodczy <input type="checkbox"/> nieprawidłowy wynik ultrasonografii
WYKONANE
<input type="checkbox"/> zabieg transplantacyjny <input type="checkbox"/> terapia z komórkami macierzystymi <input type="checkbox"/> transfuzja krwi allogenicznej <input type="checkbox"/> immunoterapia komórkowa <input type="checkbox"/> terapia heparynowa <input type="checkbox"/> terapia albuminowa surowicy <input type="checkbox"/> immunoterapia (dd/dd/rrrr): <input type="checkbox"/> przebyty zespół znikającego bliźniaka, zakończony (dd/mm/rrrr): <input type="checkbox"/> mój BMI >40 <input type="checkbox"/> przyjmowane leki podczas ciąży, jakie: mam nieprawidłowy kariotyp z: <input type="checkbox"/> z qh+/-, ps +/-, pstk +/-, pss <input type="checkbox"/> z dup, del, t, rob, inv, p-, q-, p+, q+, +mar
POWÓD BADANIA
<input type="checkbox"/> wiek powyżej 35 lat niepowodzenie ciążowe: <input type="checkbox"/> poronienia <input type="checkbox"/> ciąża/dziecko z aberracją chromosomową (jaką) <input type="checkbox"/> stwierdzenie aberracji chromosomowej u matki lub ojca dziecka (jakiej) <input type="checkbox"/> choroby genetyczne w rodzinie (jakie) <input type="checkbox"/> niepokój ciążarnej <input type="checkbox"/> wykryto przeciwciała anty-D w aktualnej ciąży (hbd/miano) <input type="checkbox"/> wykryto przeciwciała anty-D w poprzednich ciążach (kiedy/miano) <input type="checkbox"/> była choroba hemolityczna u poprzedniego dziecka <input type="checkbox"/> matka otrzymała immunoglobulinę anty-D (kiedy/rok)

Oświadczam, że wszelkie podane informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłam żadnych danych dotyczących stanu mojego zdrowia.

.....
Data i podpis Pacjentki

.....
Data i podpis Lekarza