

SKIEROWANIE NA BADANIA W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI PRENATALNEJ NFZ



WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

Imię i nazwisko pacjentki

PESEL

Data ostatniej miesiączki

Tydzień ciąży CRL.....

Ubezpieczenie w NFZ tak nie,inne brak

Badanie USG w 11-14 tygodniu ciąży 18-24 tygodniu ciąży

Badania biochemiczne nie tak Test podwójny Test potrójny

Pieczęć jednostki kierującej

WSKAZANIA DO REFUNDOWANEGO BADANIA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI PRENATALNEJ NFZ

Do włączenia do Programu uprawnione są kobiety w ciąży, spełniające co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

(niezaznaczenie żadnej opcji skutkuje brakiem refundacji przez NFZ – powoduje konieczność pokrycia kosztów badania przez pacjentkę)

- 1. Wiek matki powyżej 35 lat
- 2. Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka
- 3. Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka
- 4. Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową
- 5. Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wad płodu

Zgodnie z wymogami NFZ potrzebne są dokumenty (np. karty leczenia, wypisy ze szpitala, wyniki badań genetycznych) potwierdzające występowanie zgłaszanej wady lub nieprawidłowości.

Miejscowość

Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego

WYPEŁNIA PACJENTKA

Zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia w celu uzyskania refundacji badania w ramach Programu Profilaktyki Prenatalnej NZOZ Homed zobowiązany jest do uzyskania od P.T. Pacjentki udokumentowanej zgody, która zapewni możliwość przekazywania w uzasadnionych przypadkach informacji (np. wyników badań, wezwania po odbiór wyników badań) bezpośrednio z systemu informatycznego NFZ lub przez koordynatora programu.

ADRES ZAMIESZKANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY

TELEFON STACJONARNY TEL.KOMÓRKOWY

ADRES E-MAIL

MIEJSCOWOŚĆ DATA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez NZOZ Homed zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 o ochronie danych osobowych, (Dz.Ust. Nr 133 poz 883), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania Programu Profilaktyki Prenatalnej. Jednocześnie oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

WYPEŁNIA JEDNOSTKA WYKONUJĄCA BADANIA PRENATALNE – NZOZ HOMED

Rodność : [...] [...] [...] uwagi [.....]

Zajście w ciążę : samoistne [...] wspomagane [...] jakie? [.....]

Indukcja owulacji nie [...] tak [...]

Rasa pacjentki : biała [...] inna , kolor skóry [.....] Ciężar (kg) [.....] Wzrost (cm) [.....]

Palenie papierosów : nie [...] tak, ile dziennie (szt) [.....]

Cukrzyca: nie [.....] tak , jaki typ [.....] krwawienie/plamienie/ból podbrzusza*) nie [...]tak [...]

Data badania USG [.....]

Wynik badania USG CRL [.....] FHR [.....] NT 1/[.....] 2/[.....] 3/[.....]

NB obecna [...] brak [...] nie do oceny [...]

Anatomia płodu : prawidłowa [...] nieprawidłowa [...] rodzaj wady [.....]

Data pobrania krwi : [.....] Test podwójny [...] Test potrójny [...] Data badania krwi [.....]

Wynik badania biochemicznego : PAPP-A [.....] BetaHCG [.....] AFP [.....] Estriol [.....]

.....
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

* właściwe zaznaczyć obwódką