

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

Badanie biochemiczne nie tak Test podwójny Test potrójny

Pieczęć jednostki kierującej na badanie

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:
(nieznaczenie 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 Laboratorium Analiz Medycznych MEDICA i Radomskie Centrum Ginekologiczno-Położnicze zobowiązane są do uzyskania od 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 Laboratorium Analiz Medycznych MEDICA i Radomskie Centrum Ginekologiczno-Położnicze 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.

.....
Czytelny podpis Pacjentki