



Instytut Matki i Dziecka

Zakład Genetyki Medycznej Kierownik Zakładu - Prof. dr hab. n. med. Jerzy Bal

**SKIEROWANIE DO ZESPOŁU PRACOWNI CYTOGENETYKI
ZAKŁADU GENETYKI MEDYCZNEJ IMID –
BADANIE MATERIAŁU Z PORONIENIA METODĄ CGH DO MIKROMACIERZY
w ramach projektu badawczego Narodowego Centrum Nauki, PRELUDIUM 12
pt. „Zastosowanie metody porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy
(aCGH) do identyfikacji submikroskopowych aberracji chromosomowych i genów
letalnych w materiale z poronień samoistnych”**

Zleceniodawca (pieczęć i podpis)	Lekarz kierujący (pieczęć i podpis)
Telefon do kontaktu:	
Adres:	

Dane pacjentki (wypełnić drukiem):

Nazwisko	
Imię	
PESEL	

I. Dane dotyczące poronienia/obumarcia aktualnej ciąży:

ID próbki:

Rodzaj materiału:

Trofoblast

Fibroblasty skóry

Inny

Data pobrania materiału:

(dd/mm/rrrr)

...../...../.....

godz.....

Data otrzymania materiału:

(dd/mm/rrrr)

Kto pobierał materiał z poronienia:

Lekarz w czasie zabiegu

Pacjentka

Tydzień ciąży:

.....

Czy pacjentka chorowała w czasie ciąży: Tak Nie

Jeśli tak, w którym tygodniu, na co, jakie przyjmowała leki:

.....

Czy w ciąży było wykonane badanie USG? Tak Nie

Jeśli wynik badania USG był nieprawidłowy, to jakie nieprawidłowości stwierdzono:

.....
.....

II. Dane szczegółowe dotyczące pacjentki:

Wiek:

Choroby genetyczne:

Wady wrodzone:

Choroby przewlekłe:

Czy na stałe przyjmuje leki? Jakież?

Czy w pracy lub domu jest narażenie na czynniki, które mogły być szkodliwe dla płodu:

Tak Nie

Liczba poprzednich ciąż żywo urodzonych:

Liczba poprzednich poronień:

III. Wywiad rodzinny

Czy w rodzinie były poronienia samoistne/porody martwe? Tak Nie

Jeśli tak, to w którym tygodniu ciąży?.....

Czy w rodzinie była niepłodność? Tak Nie

Jeśli tak, to u kogo?

Czy w rodzinie były osoby z wadami wrodzonymi, niepełnosprawnością intelektualną lub mózgowym porażeniem dziecięcym?

Tak Nie

Jeśli tak, to u kogo?