

SKIEROWANIE NA BADANIE PLACENTOLOGICZNE
(CZĘŚĆ 1 - DANE KLINICZNE)

ID skierowania

Pola w kolorze szarym wypełnia CZK "CORFAMED" Sp. z o.o.

nazwa lub pieczętka jednostki kierującej dane kontaktowe w tym adres e-mail			
DANE MATKI (LITERY DRUKOWANE, FORMAT DATY: DD-MM-RR):			
NAZWISKO:		IMIĘ:	
DATA PORODU:		NR PESEL LUB DATA URODZENIA:	
CZYNNIKI RYZYKA IDENTYFIKOWANE OKOŁOPORODOWO:			
Ostateczną decyzję o skierowaniu poptodu na badanie placentologiczne podejmuje lekarz sprawujący opiekę okołoporodową. Prawidłowo wypełnione skierowanie jest konieczne do pełnej diagnostyki placentologicznej (zaznacz X we właściwym polu).			
Wiek ciążowy: liczba tygodni: liczba dni:		<u>DODATKOWE INFORMACJE KLINICZNE:</u>	
na podstawie: <input type="checkbox"/> OM <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> NIEZNANY			
POWIKŁANIA CIAŻY:		SPOSÓB UKOŃCZENIA CIAŻY:	
<input type="checkbox"/> GH* <input type="checkbox"/> PE** <input type="checkbox"/> HELLP <input type="checkbox"/> EKLAMPSJA		<input type="checkbox"/> DROGAMI I SIŁAMI NATURY	
<input type="checkbox"/> CUKRZYCA <input type="checkbox"/> TYP 1 <input type="checkbox"/> TYP 2 <input type="checkbox"/> GDM		<input type="checkbox"/> ZABIEGOWY	
<input type="checkbox"/> NAŁOGI <input type="checkbox"/> NIKOTYNIZM <input type="checkbox"/> INNE - JAKIE?		<input type="checkbox"/> CIĘCIE CESARSKIE <input type="checkbox"/> PLANOWE <input type="checkbox"/> NAGŁE	
<input type="checkbox"/> KRWAWIENIE PRZEDPORODOWE		<u>DANE POPORODOWE:</u>	
<input type="checkbox"/> CIAŻA MNOGA		<input type="checkbox"/> KRWAWIENIE <input type="checkbox"/> RĘCZNE WYDOBYCIE ŁOŻYSKA	
<input type="checkbox"/> SGA/FGR (IUGR) <input type="checkbox"/> LGA		NOWORODEK:	
<input type="checkbox"/> MAŁOWODZIE <input type="checkbox"/> WIELOWODZIE		<input type="checkbox"/> ŻYWO URODZONY <input type="checkbox"/> MARTWO URODZONY PŁEĆ: Ż / M	
<input type="checkbox"/> NIEPRAWIDŁOWY DOPPLER <input type="checkbox"/> NIEPRAWIDŁOWY ZAPIS KTG		MASA (g): APGAR: 1 min 5 min 10 min	
<input type="checkbox"/> INNE - OPISZ		GAZOMETRIA PEPOWINOWA:	
<u>DANE OKOŁOPORODOWE:</u>		ŻYLNIA: pH BE TĘTNICZA: pH BE	
<input type="checkbox"/> PORÓD SAMOISTNY		INTENSYWNA OPIEKA NOWORODKOWA: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
<input type="checkbox"/> INDUKCJA PORODU			
<input type="checkbox"/> PROM - ILE GODZIN PRZED PORODEM:			
*GH - gestational hypertension/nadciśnienie ciążowe **PE - preeklampsja/stan przedzucawkowy			
Podpis i pieczętka lekarza			
CZYNNIKI RYZYKA IDENTYFIKOWANE W TOKU OPIEKI PERINATALNEJ PRZEZ LEKARZA SPRAWUJĄCEGO OPIEKĘ:			
<input type="checkbox"/> PROFILAKTYKA ASA		<input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> NAŁOGI (podać jakie)	
<input type="checkbox"/> PE i/lub SGA/FGR/IUGR w poprzedniej ciąży		<input type="checkbox"/> > RYZYKO PE* <input type="checkbox"/> 1T <input type="checkbox"/> 2T <input type="checkbox"/> 3T	
<input type="checkbox"/> PRZEWLEKŁE NADCIŚNIENIE TĘTNICZE		<input type="checkbox"/> SGA/FGR (IUGR) <input type="checkbox"/> LGA <input type="checkbox"/> MAŁOWODZIE <input type="checkbox"/> WIELOWODZIE	
<input type="checkbox"/> PRZEWLEKŁE SCHOROZENA NEREK		<input type="checkbox"/> > RYZYKO SGA/FGR* <input type="checkbox"/> NIEPRAWIDŁOWY DOPPLER	
<input type="checkbox"/> CUKRZYCA PRZEDCIAŻOWA			
<input type="checkbox"/> BMI > 30			
<input type="checkbox"/> CHOROBY AUTOIMMUNOLOGICZNE (podać jakie)			
<input type="checkbox"/> ZESPÓŁ ANTYFOSFOLIPIDOWY LUB TROMBOFILIA (podać typ)			
*nazwa formularza/rekomendacji			
		MASA CIAŁA (kg)	
		WZROST (cm)	
Podpis i pieczętka lekarza			

RAPORT KLINICZNY:

Centrum Zdrowia Kobiety „CORFAMED” Sp. z o.o.

adres do wysyłki dokumentacji medycznej:

ul. Kluczborska 37, 50-322 Wrocław

tel. +48 71 3217315, fax +48 71 3212865

tel. kom. +48 601169082; e-mail: centrum@corfamed.pl

OPRACOWANIE HIST.-PAT. MATERIAŁU:

Zakład Patomorfologii i Cytologii Klinicznej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

adres do wysyłki materiału z potwierdzonym Skierowaniem

ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

tel.: +48 71 734 39 60, +48 71 734 39 68

e-mail: rfilip@usk.wroc.pl

SKIEROWANIE NA BADANIE PLACENTOLOGICZNE (CZĘŚĆ 2 - WSKAZANIA)

WSKAZANIA DO BADANIA PLACENTOLOGICZNEGO - ZAZNACZ "X"

WSKAZANIA MATCZYNE	TAK	KOMENTARZ
obciążony wywiad położniczy (≥ 3 poronień samoistnych, martwe urodzenie, zgon noworodka lub poród przedwczesny, PE i/lub SGA/FGR/IUGR – podać tydzień porodu i masę urodzeniową noworodka)*		
choroby ciężarnej / powikłania ciąży		
koagulopatie/trombofilie (w tym zespół antyfosfolipidowy)*		
nadciśnienie tętnicze (przewlekłe, ciążowe, preeklampsja, eklampsja)*		
cukrzyca ciążowa/przedciążowa*		
BMI > 30 lub BMI < 18,5*		
poród przedwczesny (< 37 T.C.)		
poród po terminie (> 42 T.C.)		
małowodzie, wielowodzie*		
podwyższona temperatura lub infekcja u ciężarnej		
powtarzające się krwawienie o nieznannej etiologii w ciąży		
przedwczesne odklejenie się łożyska		

WSKAZANIA PŁODOWE I NOWORODKOWE	TAK	KOMENTARZ
wewnątrzmaciczny lub okołoporodowy zgon płodu		
SGA/FGR < 10 percentyla (hipotrofia/IUGR)		
LGA > 90 percentyla		
obrzęk uogólniony płodu		
ciężkie uszkodzenie OUN lub powikłania neurologiczne (np. drgawki)		
wynik Apgar ₃ ≤ 3 (opcjonalnie Apgar ₅ < 5)*		
podjęzienie infekcji uogólnionej u noworodka		
wady wrodzone (krótki opis)		
cięża mnoga		

WSKAZANIA ŁOŻYSKOWE	TAK	KOMENTARZ
makroskopowe nieprawidłowości łożyska, błon płodowych lub pępowiny (np. nieprawidłowy kształt łożyska, węzły prawdziwe, nadmiernie długa, krótka lub skręcona pępowina, inne – jakie?)*		
podwyższone ryzyko PE/SGA/FGR* (preeklampsja/hipotrofia płodu/IUGR) na podstawie: wywiadu, oznaczeń biochemicznych, raportów FMF*		
nieprawidłowe oznaczenia biomarkerów (PAPP-A, PIGF, sFit-1, INDEKSU sFit-1/PIGF)* podać wartość i tydzień ciąży w kolumnie „KOMENTARZ” lub „UWAGI DODATKOWE”		

INNE WSKAZANIA / UWAGI DODATKOWE:

Zapoznałam/em się z dostępną na stronie www.corfamed.pl "PROCEDURĄ PRZYGOTOWANIA I WYSYŁKI MATERIAŁU DO SPECJALISTYCZNEGO BADANIA PLACENTOLOGICZNEGO" i akceptuję ją bez zastrzeżeń w odnoszącym się do mnie zakresie.

data wypełnienia skierowania (DD-MM-RR)	podpis i pieczęć lekarza kierującego	własnoręczny podpis pacjentki jeśli jest płatnikiem za badanie
data otrzymania skierowania przez CZK "Corfamed" Sp. z o.o. (DD-MM-RR)		potwierdzenie Skierowania przez Centrum Zdrowia Kobiety "Corfamed" Sp. z o.o.

* PODKREŚL WŁAŚCIWE, EWENTUALNIE DOŁĄCZ SKAN/KSEROKOPIĘ WYNIKU LUB RAPORTU

Edycja: lek. med. Martyna Trzeszcz, konsultacja: prof. dr hab. Michał Jeleń, lek. med. Maciej Mazurec - 06/2013 aktualizacja: 02/2014, 11/2015, 05/2016, 08/2016 w oparciu o wytyczne College of American Pathologists, ACOG COMMITTEE OPINION NO 644, 10/2015 oraz doświadczenia własne, z uwzględnieniem ROZPORZĄDZEN MINISTRA ZDROWIA z dnia 20/09/2012, Dz. U. z 2012r., poz. 1100 i z dnia 09/11/2015, Dz. U. z 2015r., poz. 2007 W SPRAWIE STANDARDÓW POSTĘPOWANIA ORAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ SPRAWOWANEJ NAD KOBIETĄ W OKRESIE FIZJOLOGICZNEJ CIĄŻY, FIZJOLOGICZNEGO PORODU, POŁOGU I OPIEKI NAD NOWORODKIEM ORAZ W OKRESIE CIĄŻY, PORODU, POŁOGU, W PRZYPADKACH OKREŚLONYCH POWIKŁAŃ