



Uniwersytecki Szpital Kliniczny 4 w Lublinie  
 Nazwa zakładu leczniczego  
 Nazwa jednostki organizacyjnej  
 Nazwa komórki organizacyjnej  
 20-090 Lublin, ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 8  
 tel. 81 72-44-226 lub 81 72-44-227  
 R E G O N 0 0 0 2 8 8 7 5 1  
 kod resort. (cz. I/V/VII/VIII)

## Załącznik do skierowania na badanie histopatologiczne - badanie płodu

Nr Ks. Gł.

ID

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Data ur.

Płeć

Adres zamieszkania

(proszę o dokładne wypełnienie i podpisanie do skierowania głównego)

|                                         |             |                                     |     |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------|-----|
| <b>Ciąża (która?)</b>                   | CŻN         | CŻD                                 | CMN |
| <b>Wiek ciążowy lub data OM</b>         |             |                                     |     |
| <b>Poród (który?)</b>                   |             |                                     |     |
| <b>Poronienia</b>                       | TAK (ile?)  | NIE                                 |     |
| <b>Waga dziecka</b>                     |             |                                     |     |
| <b>Płeć dziecka</b>                     | żeńską      | męską                               |     |
| <b>Ilość punktów (APGAR)</b>            |             |                                     |     |
| <b>Nadciśnienie u matki</b>             | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>Cukrzyca u matki</b>                 | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>Preeklampsja u matki</b>             | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>Cholestaza u matki</b>               | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>Nikotynizm u matki w ciąży</b>       | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>BMI matki</b>                        | >30         | <30                                 |     |
| <b>IVF</b>                              | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>Choroby autoimmunologiczne matki</b> | TAK (jakie) | NIE                                 |     |
| <b>IUGR</b>                             | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>Przebieg porodu</b>                  | PRAWIDŁOWY  | NIEPRAWIDŁOWY                       |     |
| <b>PSN</b>                              |             |                                     |     |
| <b>Poród nieprawidłowy opis:</b>        |             |                                     |     |
| <b>Cięcie Cezarskie które</b>           |             | <b>Przyczyna cięcia cesarskiego</b> |     |
| <b>Wady płodu:</b>                      |             |                                     |     |
| <b>Leki przyjmowane w ciąży</b>         |             |                                     |     |
|                                         |             |                                     |     |
| <b>WYNIKI LABORATORYJNE</b>             |             |                                     |     |
| <b>CRP</b>                              |             |                                     |     |
| <b>LEUKOCYTOZA</b>                      |             |                                     |     |
| <b>APTT</b>                             |             |                                     |     |
| <b>HCV</b>                              | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>HIV</b>                              | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>Antygen HBs</b>                      | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>Toxoplazmoza</b>                     | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>Różyczka</b>                         | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>Cytomegalia</b>                      | TAK         | NIE                                 |     |
| <b>Kiła</b>                             | TAK         | NIE                                 |     |

Data oraz pieczętka i podpis lekarza kierującego