



**Zakład i Poradnia Genetyki Klinicznej  
Katedry Genetyki Klinicznej i Laboratoryjnej**

Centrum Kliniczno-Dydaktyczne UM w Łodzi  
92-213 Łódź, ul. Pomorska 251  
budynek A1 poziom 9  
wejście wschodnie od ul. Czechosłowackiej

**Zakład:**

tel. 42 272 57 67  
[genetyka@kardio-sterling.lodz.pl](mailto:genetyka@kardio-sterling.lodz.pl)

**Poradnia:**

tel. 42 272 53 53, tel. 42 272 53 55  
[porgen@cskis.umed.pl](mailto:porgen@cskis.umed.pl)

## Zlecenie badania laboratoryjnego – prenatalnego

pacjentka		jednostka zlecająca	
imię i nazwisko (litery drukowane): ..... .....		dane: nazwa, dokładny adres, NIP i REGON:	
data urodzenia: .....			
PESEL:			
dokładny adres pacjentki: ..... ulica i numer domu ..... kod pocztowy, miejscowość		pieczęć i podpis lekarza kierującego, kontakt:	
kontakt telefoniczny, mailowy: .....		miejsce przesłania wyniku (lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku)	
jeśli brak numeru PESEL - dane innego dokumentu tożsamości: .....		zgoda na pokrycie kosztów badania:	
materiał		informacje o badaniu	
..... osoba pobierająca materiał ..... data i godzina pobrania materiału		Zleczone badania, rozpoznanie ..... ..... ..... .....	
płyn owodniowy		trofoblast	
hodowla amniocytów		genomowy DNA	
krew pępowinowa			
data i godzina przyjęcia materiału przez laboratorium:		imię i nazwisko osoby przyjmującej materiał:	
		Wywiad położniczy: * ..... ..... ..... Zaawansowanie ciąży: wg OM.....wg USG..... Informacje o wyniku badania USG ..... .....	

\* w razie potrzeby prosimy kontynuować na następnej stronie

