

הפניה לבדיקת NIPT

מטרנטי גנום / מטרנטי מרובה עוברים

שם הנבדקת _____ ת.ז. _____

תאריך לידה _____

מופנית לביצוע בדיקת NIPT (בדיקת דם האם לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר)
באמצעות חברת פרונטו דיאגנוסטיקה (המשווקת ע"י כצט)

משקל _____ ק"ג גובה _____ ס"מ גיל ההיריון _____ שבועות

השיטה באמצעותה נקבע גיל ההריון LMP אולטרסאונד IVF

הריון מרובה עוברים - מס העוברים _____

האם בוצע דילול עוברים כן / לא האם ידוע על עובר שנספג כן / לא

גורם סיכון (סמן אחד או יותר)

גיל האם בדיקת סרום ביוכימית ממצאי אולטרסאונד היסטוריה משפחתית אחר

הערות נוספות _____

פרטי הרופא/ה המפנה

שם ומשפחה _____ טלפון _____

פקס _____ דואר אלקטרוני _____

בית חולים/קופת חולים/מרפאה _____ חתימה וחותמת _____