

# ZGŁOSZENIE WADY U DZIECKA W WIEKU 0-2 LAT DO POLSKIEGO REJESTRU WRODZONYCH WAD ROZWOJOWYCH

## UWAGA !!!

Rejestr dotyczy wad u dzieci żywo i martwo urodzonych oraz wad wykrytych prenatalnie. Fakt zgłoszenia dziecka do Rejestru należy natychmiast **odnotować** na 7 stronie Książeczki Zdrowia Dziecka w punkcie "Testy przesiewowe", w rubryce "inne". Jeśli zgłoszenia dokonuje lekarz położnik lub neonatolog, fakt ten należy także odnotować w **Historii Rozwoju Noworodka** na stronie 2 w rubryce "Kontrola, badania".

Zgłoszenie proszę przesłać **bezpośrednio** na adres:

**POLSKI REJESTR WRODZONYCH WAD ROZWOJOWYCH**

Katedra i Zakład Genetyki Medycznej UM

ul. Rokietnica 8, 60-806 POZNAŃ

tel.: (0-61) 854 76 13, 854 73 49; fax: (0-61) 854 76 13, strona internetowa: [www.rejestrwad.pl](http://www.rejestrwad.pl)

Przewodnicząca Zespołu ds. PRWWR: *Prof.dr hab.med. Anna Latos-Bieleńska*

Koordynator Organizacyjny: *Dr med. Anna Materna-Kiryłuk*

W sprawach dotyczących Rejestru można także kontaktować się z Wojewódzkim Zespołem ds. PRWWR dla woj. podkarpackiego:

Przewodniczący Wojewódzkiego Zespołu i Ordynator Oddziału: *Dr n. med. Józef Rusin*

Szpital Wojewódzki Nr 2, Oddział Dziecięcy, ul. Lwowska 60, 35-301 RZESZÓW, tel: (0-17) 866-41-41

**WAŻNE:** przy wypełnianiu formularza zwrócić uwagę, czy żaden punkt nie został pominięty

(\*) właściwe podkreślić

ID pacjenta

### 1. Nazwisko i imię dziecka

\_\_\_\_\_;

2. Data urodzenia dziecka: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_;

3. Płeć dziecka: męska/żeńska/nieokreślona/nieznana (\*);

4. Imiona rodziców: .....

5. Dokładne miejsce zamieszkania (matki).....

powiat: ..... województwo : .....

6. Dziecko z ciąży: pojedynczej – bliźniaczej – trojaczej – innej ..... (\*)

W przypadku ciąży mnogiej, którym kolejnym dzieckiem jest dziecko zgłaszane: I. – II. – III. – .....

Zapłodnienie drogą in vitro? NIE - TAK: .....

7. Dziecko z kolejnej ciąży: \_\_\_\_, porodu: \_\_

8. Wiek płodowy przy urodzeniu: \_\_ t.c;

9. Masa ciała urodzeniowa: \_\_\_\_\_g

10. Noworodek urodzony: żywo – martwo – nie wiadomo

11. Wiek dziecka (lub wiek ciążowy) w dniu rozpoznania wady: .....

ewent. data rozpoznania \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_;

12. Czy wada została rozpoznana prenatalnie? NIE – TAK: w \_\_\_\_ tygodniu ciąży;

13. Metoda diagnostyki prenatalnej: USG płodu – w których tygodniach ciąży .....  
– amniocenteza – inne techniki – jakie?.....

14. Badanie kariotypu dziecka/płodu: wykonano i wynik znany – wykonano i wynik nieznany – nie wykonywano  
– badanie nieudane – nie wiadomo;

wynik badania kariotypu: .....

15. Poprzednie ciążę (poza dzieckiem zgłaszanym): liczba dzieci żyjących \_\_; liczba dzieci zmarłych \_\_;

liczba poronień samoistnych \_\_; liczba poronień sztucznych \_\_; liczba porodów martwych \_\_

16. Przebieg ciąży: prawidłowy – nieprawidłowy – nie wiadomo (\*)

krwawienie z dróg rodnych (tydz. ciąży?) .....

infekcje w czasie ciąży (jakie i tydz. ciąży?) .....

cukrzyca, padaczka, inne choroby matki (jakie?) : .....

małowodzie, wielowodzie, inna patologia ciąży (jaka?): .....

leki (tydz. ciąży, jakie): .....

alkohol, używki (tydz. ciąży, jakie, dawka?): .....

badania rtg w ciąży (jakie, tydz. ciąży): .....

kwas foliowy – dawka i okres przyjmowania: .....

toksoplazmoza (czy wykonano badanie, w którym tyg. ciąży?): .....

17. **Wada/y:** rodzaj stwierdzonej wady rozwojowej (wad) – dokładny opis. Jeśli wykonano badania diagnostyczne potwierdzające wadę, podać jakie.

Kod ICD 10(#)

18. **Czy nastąpił zgon dziecka** ze zgłaszaną wadą rozwojową: TAK –NIE. Jeśli tak podać wiek, w jakim wystąpił zgon ..... i ewentualnie datę zgonu   –  –  

19. **Czy wykonano badanie anatomopatologiczne:** tak i wynik znany – tak i wynik nieznan - nie wykonano – płód zmacerowany – nie wiadomo (\*). Opis badania anatomopatologicznego

20. **Wiek matki przy urodzeniu dziecka**    lat (ewent. także data urodzenia:   –  –  );

21. **Wykształcenie matki:** niepełne podstawowe – podstawowe – zasadnicze zawodowe – średnie zawodowe – średnie ogólnokształcące – pomaturalne – wyższe (\*)

22. **Zawód wykonywany matki:** ..... 23. **Ekspozycja na szkodliwe czynniki środowiskowe** (w miejscu pracy i inne) stałe..... w I trymestrze ciąży.....

**Czy u matki wykonano przypominające szczepienie przeciw różyczce po 20 roku życia:**  
TAK – NIE - NIE WIADOMO

24. **Wiek ojca przy urodzeniu dziecka**    lat (ewent. także data urodzenia:   –  –  );

25. **Wykształcenie ojca:** niepełne podstawowe – podstawowe – zasadnicze zawodowe – średnie zawodowe – średnie ogólnokształcące – pomaturalne – wyższe(\*)

26. **Zawód wykonywany ojca**..... 27. **Ekspozycja na szkodliwe czynniki środowiskowe** (w miejscu pracy i inne, np. alkohol);jakie:.....

28. **Czy rodzice są spokrewnieni:** TAK –NIE –NIE WIADOMO (RODZAJ POKREWIEŃSTWA.....)

29. **Czy w rodzinie występowały przypadki takiej samej wady lub zespołu wad:** TAK –NIE.

Jeśli tak, to u kogo: RODZICE –RODZENSTWO –INNI KREWNI– jacy? .....

30. **Czy w rodzinie występowały inne wady rozwojowe lub choroby uwarunkowane genetycznie** – u kogo i jakie?:.....

ID zgłoszenia \_\_\_\_\_

Data zgłoszenia wady: \_\_\_\_\_ pieczętka jednostki zgłaszającej \_\_\_\_\_ pieczętka lekarza zgłaszającego \_\_\_\_\_

Zgadzam się na zgłoszenie wady u dziecka do Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Administratorem danych jest Katedra i Zakład Genetyki Medycznej UM w Poznaniu (adres w nagłówku karty). Mają Państwo prawo do wglądu, poprawiania i uzupełniania danych osobowych. (Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych)

**UWAGA:** w/w dane służą do badań nad epidemiologią i etiologią wad rozwojowych na terenie Polski i są objęte tajemnicą lekarską.

.....  
Data

.....  
Podpis rodzica