



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