

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. Rokietnicka 8, 60-806 POZNAŃ

tel.: (0-61) 854 76 13, 854 73 49; fax: (0-61) 854 76 13, strona internetowa: 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. wielkopolskiego i południowej części lubuskiego:

Przewodniczący Wojewódzkiego Zespołu: *Prof.dr hab. med. Marian Krawczyński*

Klinika Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych UM, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 POZNAŃ

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 – trójacznej – 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):

kwasy foliowe – 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