

**KARTA SKIEROWANIA NA BADANIE MOLEKULARNE**

**INFORMACJE O PACJENCIE**

**Nazwisko i imię (drukowanymi literami):**

.....  
.....

**Data urodzenia (dz/m/r):...../...../.....**

**PESEL:** .....

Płeć: żeńska  męska  nieznana

Pochodzenie etniczne:  polskie  inne .....

Adres kontaktowy:.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

Nr karty/rodowodu pacjenta w jednostce

kierującej:.....

Wypełnić jeśli osoba kierowana na badanie jest  
partnerką/żoną osoby kierowanej wcześniej na badanie:

Imię i nazwisko partnera/męża

.....

**INFORMACJE O JEDNOSTCE KIERUJĄCEJ**

Nazwa jednostki:.....

.....  
.....

Adres:.....

.....  
.....

Telefon.....

Fax:.....

NIP:.....

Nazwisko i imię lekarza kierującego.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

E-mail:.....

**INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM**

**Rodzaj materiału:**

plasma krwi rew obwodowa

krew obwodowa

płyn owodniowy

trofoblast

szpik kostny

wyizolowany DNA

inne.....

**Data pobrania próbki od pacjenta**

**(dz/m/r): .....**

Dane osoby pobierającej materiał do badań:

.....

**MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU BADANIA LUB DANE OSOBU**

**UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU WYNIKU**

Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym  
przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych:

.....

.....

.....

.....

**INFORMACJE DO FAKTURY (jeśli inne niż jednostki kierującej na  
badanie:**

NIP:.....

Nazwisko i imię/ nazwa jednostki kierującej/nazwa

firmy:.....

.....

.....

Adres:.....

.....

.....

.....

**INFORMACJE O BADANIU :**

**Nazwa choroby:**.....

**Kod procedury:**.....

**Informacje objęte tajemnicą zawodową (lekarza i diagnosty laboratoryjnego):****Cel badania:**

- Diagnostyka postnatalna
- Weryfikacja rozpoznania klinicznego
  - Określenie statusu nosicielstwa
  - Diagnostyka przed procedurą wspomaganego rozrodu
- Zabezpieczenie materiału genetycznego
- Inne:
- .....

**kariotyp:** prawidłowy      nieprawidłowy      (jaki?.....)      nie badano

Uwagi:.....

**Dotyczy partnerów/mężczyzn:****Wskazania do przeprowadzenia badania:**

azoospermia     cryptozoospermia     aejakulacja     CBAVD     normospermia     OAT

inne (jakie).....

**biopsja:** prawidłowa     Sertoli Cell Only Sy     szklwienie     maturation arrest

**UWAGI:**.....

Czy badanie molekularne prowadzone jest po raz pierwszy?  tak     nie

Jeśli NIE, to w jakim ośrodku były wykonane i w kierunku jakiej choroby:

.....

Czy w rodzinie występowały choroby genetycznie uwarunkowane?  tak     nie

Jeśli TAK, proszę wymienić jednostki chorobowe oraz stopień pokrewieństwa w stosunku do probanta/osoby chorej oraz imię i nazwisko probanta/osoby chorej.....

.....

**INFORMACJE O TRANSFUZJI**

**Była wykonana u pacjenta w ciągu ostatnich 3 miesięcy:**  tak     nie

\* badanie genetyczne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty transfuzji, w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego.

.....  
data

.....  
Podpis i pieczętka lekarza kierującego/ podpis pacjenta