

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:.....

Nr karty/rodowodu pacjenta w jednostce

kierującej:.....

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:

- płama 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 OSOBY
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 (zgodny z ofertą NZOZ GENOMED :

Nazwa choroby:.....

Kod procedury:.....

Informacje objęte tajemnicą zawodową (lekarza i diagnosty laboratoryjnego):

W przypadku braku poniższych informacji materiał nie będzie analizowany:

Cel badania:

- Diagnostyka prenatalna
- Diagnostyka postnatalna
 - Weryfikacja rozpoznania klinicznego
 - Określenie statusu nosicielstwa
 - Określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę
 - Diagnostyka przedobjawowa
- Diagnostyka post mortem
- Zabezpieczenie materiału genetycznego

Wskazania do przeprowadzenia badania:

- Pozytywny wywiad rodzinny
- Kliniczne objawy choroby takie jak:

.....
.....
.....

- Inne:.....
.....

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.....

.....

<p>INFORMACJE O TRANSFUZJI</p> <p>Była wykonana u pacjenta w ciągu ostatnich 3 miesięcy: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>* badanie genetyczne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty transfuzji, w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego.</p>

.....
data

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