

Data (dd/mm/rr):/...../..... godz. przyjęcia materiału

Materiał przyjął:

Kod próbki:

.....



NZOZ Genomed

ul. Ponczowa12 , 02-971 WARSZAWA
Tel: 22 644 60 19, Tel./Fax: 22 644 60 25
email: diagnostyka@genomed.pl

ZLECENIE WYKONANIA BADANIA GENETYCZNEGO

SOP NZOZ Genomed-04, Zał.2 (GENOMED-6)

v.2.1

INFORMACJE O PACJENCIE

Nazwisko i imię (wypełnić drukowanymi literami):

.....

.....

PESEL:

Data urodzenia (dd/mm/rrrr):/...../.....

Płeć: żeńska męska nieznana

Pochodzenie etniczne:

polskie inne

Adres kontaktowy:

.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

Konieczn

nie wypełnić, jeśli osoba kierowana na badanie

jest krewnym(-a)/partnerem(-ką) osoby kierowanej

wcześniej na badanie do NZOZ Genomed:

Nr próbki krewnego(-ej)/partnera(-ki) lub imię i nazwisko / PESEL

.....

INFORMACJE O BADANIU :

Kod procedury NZOZ Genomed:

.....

Ewentualnie:

Nazwa choroby:

.....

Gen(-y):

zakres badania:

wybrane mutacje (wymienić jakie)

.....

wybrane eksony (wymienić jakie)

.....

cały region kodujący badanego(-ych) genu(-ów)

INFORMACJE O JEDNOSTCE KIERUJĄCEJ

(DANE DO FAKTURY)

Nazwa jednostki:.....

.....

.....

.....

Adres:.....

.....

.....

Telefon.....

Fax:.....

NIP:.....

Nazwisko i imię lekarza kierującego.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

E-mail:.....

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU (jeśli inne niż jednostka kierująca)

LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU WYNIKU

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:

krew obwodowa

ślina

wyizolowany DNA

trofoblast

płyn owodniowy

inne.....

Data pobrania próbki od pacjenta

(dd/mm/rrrr):/...../..... godz.

Podpis i pieczętka osoby pobierającej materiał do badań:

.....

Cel badania (właściwe zaznaczyć):

Diagnostyka postnatalna

Weryfikacja rozpoznania klinicznego

wskazania do przeprowadzenia badania:

kliniczne objawy choroby oraz/lub kody HPO (*Human Phenotype Ontology*) w przypadku badania WES:

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

niepłodność męska

w badaniu klinicznym stwierdzono: azoospermie nieobstrukcyjną azoospermie obstrukcyjną (CBAVD) oligospermie

poronienia nawracające u pacjentki / partnerki pacjenta

liczba poronień:

Określenie statusu nosicielstwa:

wskazania do przeprowadzenia badania:

pozytywny wywiad rodzinny (proszę podać pokrewieństwo z osobą chorą):

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

(dla chorób nowotworowych proszę podać zdiagnozowany typ nowotworu i wiek zachorowania u wszystkich chorych członków rodziny).

określenie predyspozycji do zachorowania na chorobę genetyczną

określenie ryzyka prokreacyjnego

Diagnostyka prenatalna

tydz. ciąży:

(proszę załączyć wyniki badań przesiewowych lub innych badań płodu)

Diagnostyka post mortem

określenie płci poronionego płodu do celów prawnych

kariotyp molekularny (aCGH)

inne:

Zabezpieczenie materiału genetycznego

Czy badanie genetyczne było wykonywane wcześniej? tak nie

Jeśli TAK, to w kierunku jakiej choroby i jaki był wynik badania (załączyć):

.....

Czy w rodzinie występowały choroby uwarunkowane genetycznie? 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 przeszczepie szpiku/ transfuzji krwi

Czy u pacjenta kiedykolwiek był wykonany przeszczep szpiku: tak nie

* przeszczep szpiku stanowi przeciwwskazanie do wykonywania badań genetycznych z krwi i śliny

Czy u pacjenta w ciągu ostatnich 3 miesięcy była wykonana transfuzja krwi: 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 imienna lekarza kierującego