

**Zlecenie badania laboratoryjnego**  
**LABORATORIUM GENETYCZNE NZOZ GENOM**  
**Fundacja Godula-Hope**  
ul. Główna 11 Pawilon A1, 41 - 711 Ruda Śląska, tel. (032) 2444-663  
e-mail: labor@genom.pl fax. (032) 2444-664

**Dane Pacjenta:**

Imię i Nazwisko: .....

Miejsce zamieszkania/ oddział szpitalny .....

ulica:.....nr domu .....nr lokalu.....;

kod pocztowy: .....; miejscowość: .....

Płeć: **K** **M**, Data urodzenia: ....., PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL

.....

Numer identyfikacyjny pacjenta (podawany przy braku innych danych) .....

tel: .....,

**Proszę o wykonanie:**

Badania cytogenetycznego

**Rodzaj materiału i jego pochodzenie:**   krew  

**Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku lub sprawozdania z badania**

Inne miejsce niż jednostka zlecająca : Imię i Nazwisko .....

Ulica:..... Miejscowość: ....., kod pocztowy: .....

Jednostka zlecająca

**Dane jednostki zlecającej:**

Nazwa: .....

Ulica:..... Miejscowość: ....., kod pocztowy: .....

tel: .....

**Wskazanie do wykonania badania oraz istotne dane kliniczne pacjenta**

Wskazanie do badań:.....

Czy była wykonywana transfuzja krwi    NIE       TAK

Informacje o stosowanym leczeniu .....

.....

**1. Narażenie na czynniki szkodliwe:**    NIE       TAK     jeżeli TAK to jakie:.....

.....

**Przyjmowane leki hormonalne:**    NIE       TAK     jeżeli TAK to jakie:.....

.....

Badania rtg                                    NIE       TAK     jeżeli TAK to jakie, kiedy i jak często:

.....

Badania rtg w czasie ciąży:            NIE       TAK     jeżeli TAK to jakie, kiedy i jak często:

.....

**2. Dotychczasowe ciąży:**

Wcześniejsze ciąży: ILE  Porody: ILE  Poronienia: ILE  martwe urodzenie ILE

Uwagi: Przepuszczalne przyczyny nieprawidłowego przebiegu ciąży (porodu), poronienia – podać choroby w czasie ciąży, przyjmowane leki itp. Czy u płodu (dziecka) stwierdzono wady rozwojowe (jakie?). Inne informacje:

.....  
.....

**3. Wywiad rodzinny (rodzice, dzieci, rodzeństwo):**

Stwierdzone choroby genetyczne, układu nerwowego, wady serca i inne: NIE  TAK  jeżeli TAK to jakie i u kogo:

Stopień pokrewieństwa	rodzaj schorzenia

Data skierowania .....

.....  
(Podpis i pieczętka lekarza)

**DO SKIEROWANIA PROSZĘ DOŁĄCZYĆ:**

**- PODPISANĄ PRZEZ PACJENTKĘ LUB OPIEKUNA PRAWNEGO DEKLARACJĘ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH !!!**

**Data i godzina pobrania:....., Dane osoby pobierającej .....**

(  zakreślić właściwe)

**Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium**

**Przechowywanie materiału do badań laboratoryjnych**

Data i godzina od	Data i godzina do	Tempera.	Sposób przechowywania	Miejsce przechowywania	Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przechowywanie	UWAGI