

**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**, 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 cytogenetyczne  Badania molekularne

Oznaczenie FISH

**Rodzaj materiału i jego pochodzenie:**

**Materiał do badań:**

Wody płodowe

Kosmówka

**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 pacjentki**

Wskazanie do badań:.....

Ciąża wielopłodowa:  TAK  NIE

Data ostatniej miesiączki:..... Tydzień ciąży według OM .....

Tydzień ciąży wg USG:.....

**UWAGI: lekarza kierującego dotyczące obecnej ciąży**

.....  
 .....

**Wywiad rodzinny matki :**

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

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

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

.....  
**2. Dotychczasowe ciąży:**

Wcześniejšie 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

**Wywiad rodzinny ojca**

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:.....

.....

**2. 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 pieczęć lekarza)

**DO SKIEROWANIA PROSZE DOŁĄCZYĆ:**

- KOPIĘ WYNIKU Z BADANIA USG PŁODU,
- PODPISANĄ PRZEZ PACJENTKĘ LUB OPIEKUNA PRAWNEGO DEKLARACJĘ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH !!!

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

**Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium**

(  zakreślić właściwe)