……..
Pieczątka jednostki zlecającej

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

Zlecenie badania laboratoryjnego

na wykonanie badań genetycznych z kosmówki poronionego płodu

metodą PCR lub metodą FISH

Dane Rodzica:
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 rodzica (podawany przy braku innych danych) ……..

tel / e-mail.: ……,

Dane opiekuna prawnego (w przypadku gdy osoba jest małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody:

Imię i Nazwisko: …….....……..…….
Miejsce zamieszkania
ulica:…….....nr domu ……..…….nr lokalu.....;

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

tel: ……..……, adres e-mail: ……..

Proszę o wykonanie:

☐ Oznaczenie FISH (trisomia 21, 18, 13, X, Y) ☐ Oznaczenie tylko płci metodą PCR

Rodzaj materiału i jego pochodzenie:

Materiał do badań:

☐ Materiał po poronieniu/martwym urodzeniu (kosmówka poronionego płodu – kilkanaście kosmków)

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 / lekarza zlecającego:

Nazwa / Imię nazwisko: .....……..

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

tel / e-mail : ……..

Data skierowania ..... ……..……
(Podpis i pieczątka lekarza)

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

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium

(☐ zakreślić właściwe)