

Badania Molekularne

Choroby nienowotworowe

**Skierowanie na badania laboratoryjne
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

.....

Pochodzenie etniczne: polskie inne

Tel.: E-mail:.....

.

Proszę o wykonanie:

Kod Badania lub/i nazwa genu oraz zlecona mutacja.....

Nazwa choroby

Rodzaj materiału i jego pochodzenie: krew obwodowa wyizolowany DNA

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:.....

Dane kliniczne pacjentki/pacjenta

Czy w ostatnich trzech miesiącach przetaczano krew NIE TAK

Czy kiedykolwiek poddano zabiegowi przeszczepu szpiku kostnego NIE TAK

Informacje o stosowanym leczeniu

.....

Czy u Pacjentki/Pacjenta rozpoznano chorobę zakrzepową lub inną chorobę o podłożu genetycznym? NIE TAK

Jeśli TAK

Rodzaj rozpoznania..... wiek zachorowania.....

Imię Nazwisko Pacjenta..... PESEL.....

Czy u Pacjentki/Pacjenta wykonano badania genetyczne? NIE TAK

Jeśli TAK to jakie badanie:

Badany gen/kariotyp	Metoda analizy	Wynik badania(<i>opisać wykrytą mutację</i>)

Wywiad rodzinny (rodzice, dzieci, rodzeństwo):

Czy w rodzinie Pacjentki/Pacjenta rozpoznano chorobę zakrzepową lub inną chorobę o podłożu genetycznym NIE TAK

Jeśli TAK to jaką:

Stopień pokrewieństwa	rodzaj schorzenia i wiek zachorowania

Data skierowania

.....
(Podpis i pieczęć lekarza)

DO SKIEROWANIA PROSZE 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