

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

Skierowanie na badania laboratoryjne

w celu wykonania badań genetycznych z kosmówki poronionego płodu

metodą PCR lub metodą FISH

Dane Rodzica:

Imię i Nazwisko:

Miejsce zamieszkania

ulica:.....nr domunr 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 domunr lokalu.....;

kod pocztowy:; miejscowość:

tel:, e-mail:

Proszę o wykonanie:

Oznaczenie FISH (trisomia 21, 18, 13, X, Y)

Oznaczenie tylko płci metodą PCR

Rodzaj materiału i jego pochodzenie:

Materiał po poronieniu/martwym urodzeniu (kosmówka poronionego płodu – kilkanaście kosmków ok. 2cm)

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

Imię i Nazwisko

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

Istotne dane kliniczne Pacjentki:

Ciąża wielopłodowa TAK NIE

Tydzień ciąży:..... Uwagi dotyczące poronionej ciąży:.....

Lekarz kierujący.....

Oddział szpitalny (jeśli poronienie nie nastąpiło w domu)

Data i godzina pobrania:..... dane osoby pobierającej

Badanie płatne przed jego wykonaniem na miejscu lub przelewem na rachunek 03 1500 1894 1218 9001 5115 0000

.....
data

.....
czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjentki lub opiekuna prawnego

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium

(zakreślić właściwe)