



Formularz nr: <b>FLAB-05.02.04</b>	Wersja : 4	Data obowiązywania 06.11.2015	<b>ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO GENETYCZNEGO</b>	
Strona 1 z 2				

ZLECONE BADANIA (Rodzaj badania)	
<input type="checkbox"/> cytogenetyczne	Jakie.....
<input type="checkbox"/> genetyczne	Jakie.....
<input type="checkbox"/> inne	Jakie.....

DANE PACJENTA																					
Imię i Nazwisko (drukowanymi literami) .....																					
Data urodzenia (dz/m/rok) ...../...../.....																					
<b>Pesel:</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																					
<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> nieznana																					
Adres pacjenta: .....																					
Ulica i numer domu: .....																					
Kod pocztowy i miejscowość: .....																					
Kontakt z pacjentem (telefon, fax, e-mail) .....																					
W przypadku osoby nie posiadającej numeru PESEL – nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, ew. numer identyfikacyjny pacjenta: .....																					
INFORMACJE O MATERIALE DO BADANIA																					
Rodzaj materiału:  <input type="checkbox"/> krew obwodowa <input type="checkbox"/> hodowla amniocytów <input type="checkbox"/> płyn owodniowy <input type="checkbox"/> trofoblast <input type="checkbox"/> krew pępowinowa <input type="checkbox"/> wycinek skóry <input type="checkbox"/> szpik kostny <input type="checkbox"/> wyizolowany DNA <input type="checkbox"/> inny .....	Data pobrania: ...../...../..... Godzina pobrania: ..... Kod próbki: ..... Tryb badania: <input type="checkbox"/> standardowy <input type="checkbox"/> CITO Dane osoby pobierającej materiał: .....																				

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ BADANIA	
Dane jednostki (pieczęć):   	
DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO:	
Pieczęć i podpis lekarza zlecającego:   	
MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU BADANIA lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku lub sprawozdania z badania	
Imię i Nazwisko .....	
Adres ..... ..... .....	
LABORATORIUM	
Data przyjęcia materiału: ...../...../.....	
Godzina przyjęcia materiału: .....	
Podpis osoby przyjmującej materiał: .....	

Formularz nr: <b>FLAB-05.02.04</b>	Wersja : 4	Data obowiązywania 06.11.2015	<b>ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO GENETYCZNEGO</b>	
Strona 2 z 2				

**WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA GENETYCZNEGO**

<b>WSKAZANIA DO BADANIA GENETYCZNEGO</b>	
<input type="checkbox"/> Diagnostyka prenatalna <input type="checkbox"/> Diagnostyka postnatalna <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Weryfikacja rozpoznania klinicznego</li> <li><input type="radio"/> Określenie statusu nosicielstwa</li> <li><input type="radio"/> Określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę</li> <li><input type="radio"/> Diagnostyka przedobjawowa</li> <li><input type="radio"/> Monitorowanie terapii</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Diagnostyka post mortem <input type="checkbox"/> Zabezpieczenie materiału genetycznego <input type="checkbox"/> Inne..... ..... .....

<b>WSKAZANIA DO BADANIA CYTOGENETYCZNEGO</b>	
<input type="checkbox"/> Zespół wad rozwojowych <input type="checkbox"/> Zespół cech dysmorficznych <input type="checkbox"/> Opóźnienie rozwoju psychoruchowego <input type="checkbox"/> Podejrzenie abberacji chromosomów autosomalnych <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trisomia 13</li> <li><input type="radio"/> Trisomia 18</li> <li><input type="radio"/> Trisomia 21</li> <li><input type="radio"/> Zespół mikrodelecyjny</li> </ul> <input type="checkbox"/> Podejrzenie aberracji chromosomów płci <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Zespół Turnera</li> <li><input type="radio"/> Zespół Klinefeltera</li> <li><input type="radio"/> Inna</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Określenie płci chromosomalnej <input type="checkbox"/> Wykluczenie nosicielstwa rodzinnej aberracji chromosomalnej <input type="checkbox"/> Niepowodzenia ciąży <input type="checkbox"/> Niepłodność <input type="checkbox"/> Badanie polimorfizmu chromosomów <input type="checkbox"/> Identyfikacja określonej aberracji metodami cytogenetyki molekularnej <input type="checkbox"/> Inne..... ..... .....

<b>WSKAZANIA DO CYTOGENETYCZNEGO BADANIA PRENATALNEGO</b>
<input type="checkbox"/> wiek ciężarnej powyżej 35 roku życia <input type="checkbox"/> nieprawidłowości w badaniu USG wskazujące na zwiększone ryzyko wystąpienia aberracji chromosomowych lub wady płodu <input type="checkbox"/> wynik testu przesiewowego wskazujący na ryzyko aberracji chromosomowej <input type="checkbox"/> stwierdzenie obecności aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka <input type="checkbox"/> obciążony wywiad rodzinny <input type="checkbox"/> inne..... .....

<b>ROZPOZNANIE CHOROBY/Kliniczne objawy choroby:</b> ..... .....
--

<b>STOSOWANE LECZENIE:</b> ..... .....
--

<b>WYWIAD RODZINNY:</b> (Czy w rodzinie występowały choroby uwarunkowane genetycznie?): <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeżeli tak to proszę wymienić jakie choroby i stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby badanej: ..... .....
---

<b>Informacja o zaawansowaniu ciąży ( wiek ciąży w tyg.)</b> ..... .....	<b>Informacja o wyniku badania USG:</b> ..... .....
--	---

<b>INFORMACJA O TRANSFUZJI KRWI</b> (Czy transfuzja była w ciągu ostatnich 3 miesięcy?)	<b>INFORMACJA O PRZESZCZEPIE SZPIKU</b> (Czy przeszczep szpiku był w ciągu ostatnich 3 miesięcy?)	<b>INFORMACJA O PRZESZCZEPACH NARZĄDÓW</b>
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE