


NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:


Formularz nr: FLAB-05.02.04	Wersja: 7	Data obowiązywania 01.03.2026 r.	ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO GENETYCZNEGO	
Strona 1 z 2				

ZLECONE BADANIA	
<input type="checkbox"/> badanie cytogenetyczne, mające na celu identyfikację zmian w chromosomach	<input type="checkbox"/> kariotyp
<input type="checkbox"/> badanie molekularne, mające na celu wykrycie liczbowych aberracji chromosomów (technika QF-PCR)	<input type="checkbox"/> określenie płci płodu <input type="checkbox"/> wykrycie liczbowych aberracji chromosomów 13, 15, 16, 18, 21, 22, X i Y
<input type="checkbox"/> badanie molekularne, mające na celu identyfikację zmian w chromosomach/ DNA	<input type="checkbox"/> trombofilia <input type="checkbox"/> aCGH – porównawcza hybrydizacja genomowa do mikromacierzy

DANE PACJENTA	DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ BADANIA
Imię i Nazwisko (drukowanymi literami)	Dane jednostki (pieczęć):
Data urodzenia (dz/m/rok)/...../.....	
Pesel:	
Płeć: <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> nieznana	
POCHODZENIE ETNICZNE	DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO
<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne.....	Pieczęć i podpis lekarza zlecającego:
Adres zamieszkania:	
Ulica i numer domu:	
Kod pocztowy i miejscowość:	KONTAKT Z LEKARZEM ZLECAJĄCYM BADANIE
Kontakt z pacjentem (telefon, fax, e-mail)	Imię i Nazwisko
W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa, numer i seria innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, ew. numer identyfikacyjny pacjenta:	Numer telefonu
	Adres e-mail
RODZAJ MATERIAŁU DO BADANIA	MIEJSCE PRZEŚLANIA WYNIKU BADANIA lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku lub sprawozdania z badania
Rodzaj materiału: <input type="checkbox"/> krew obwodowa <input type="checkbox"/> płyn owodniowy <input type="checkbox"/> materiał po poronieniu <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:	LABORATORIUM
	Data przyjęcia materiału:/...../.....
	Godzina przyjęcia materiału:
	Podpis osoby przyjmującej materiał:

Legenda: Właściwą odpowiedź zaznacz X.

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

Formularz nr: FLAB-05.02.04	Wersja: 7	Data obowiązywania 01.03.2026 r.	ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO GENETYCZNEGO	
Strona 2 z 2				

ROZPOZNANIE CHOROBY / Kliniczne objawy choroby		
.....		
RODZAJ I CEL BADANIA GENETYCZNEGO		
<input type="checkbox"/> Diagnostyka prenatalna <input type="checkbox"/> Diagnostyka postnatalna <input type="radio"/> Weryfikacja rozpoznania klinicznego <input type="radio"/> Określenie statusu nosicielstwa <input type="radio"/> Określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę <input type="radio"/> Diagnostyka przedobjawowa <input type="radio"/> Monitorowanie terapii	<input type="checkbox"/> Diagnostyka post mortem <input type="checkbox"/> Zabezpieczenie materiału genetycznego <input type="checkbox"/> Inne.....	
WSKAZANIA DO BADANIA CYTOGENETYCZNEGO/ MOLEKULARNEGO		
<input type="checkbox"/> Zespół wad rozwojowych <input type="checkbox"/> Zespół cech dysmorficznych <input type="checkbox"/> Opóźnienie rozwoju psychoruchowego <input type="checkbox"/> Podejrzenie aberracji chromosomów autosomalnych <input type="radio"/> Trisomia 13 <input type="radio"/> Trisomia 18 <input type="radio"/> Trisomia 21 <input type="radio"/> Zespół mikrodelecji/mikroduplikacji <input type="checkbox"/> Podejrzenie aberracji chromosomów płci <input type="radio"/> Zespół Turnera <input type="radio"/> Zespół Klinefeltera <input type="radio"/> Inna	<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"/> Identyfikacja określonej aberracji metodami cytogenetyki molekularnej <input type="checkbox"/> Inne.....	
WSKAZANIA DO CYTOGENETYCZNEGO/MOLEKULARNEGO BADANIA PRENATALNEGO		
<input type="checkbox"/> wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka <input type="checkbox"/> stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka <input type="checkbox"/> stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową <input type="checkbox"/> stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu <input type="checkbox"/> inne.....		
INFORMACJE O ZAAWANSOWANIU CIĄŻY (wiek ciąży w tyg.)	INFORMACJA O WYNIKU BADANIA USG:	
STOSOWANE LECZENIE/ INFORMACJA O POPRZEDNICH WYNIKACH BADAŃ GENETYCZNYCH:		
WYWIAD RODZINNY: (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:		
INFORMACJA O TRANSFUZJI KRWI (Czy transfuzja była w ciągu ostatnich 3 miesięcy?) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	INFORMACJA O PRZESZCZEPIE SZPIKU (Czy przeszczep szpiku był w ciągu ostatnich 3 miesięcy?) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	INFORMACJA O PRZESZCZEPACH NARZĄDÓW <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Legenda: Właściwą odpowiedź zaznacz X.