



Formularz nr: FLAB-05.02.04	Wersja : 5	Data obowiązywania 19.12.2019	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"/> badanie molekularne, mające na celu wykrycie liczbowych aberracji chromosomów (technika QF-PCR)
<input type="checkbox"/> badanie molekularne, mające na celu identyfikację zmian w chromosomach/ DNA

DANE PACJENTA																					
Imię i Nazwisko (drukowanymi literami)																					
Data urodzenia (dz/m/rok)/...../.....																					
Pesel: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
Płeć:																					
<input type="checkbox"/> żeńska	<input type="checkbox"/> męska																				
<input type="checkbox"/> nieznaną																					
Adres zamieszkania:																					
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:																					
RODZAJ MATERIAŁU DO BADANIA																					
Rodzaj materiału: <input type="checkbox"/> krew obwodowa <input type="checkbox"/> płama krwi <input type="checkbox"/> hodowla amniocytów <input type="checkbox"/> płyn owodniowy <input type="checkbox"/> krew pępowinowa <input type="checkbox"/> materiał po poronieniu <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: 	
KONTAKT Z LEKARZEM ZLECAJĄCYM BADANIE	
Imię i Nazwisko	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU BADANIA lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku lub sprawozdania z badania	
LABORATORIUM	
Data przyjęcia materiału:/...../.....	
Godzina przyjęcia materiału:	
Podpis osoby przyjmującej materiał:	

Formularz nr: FLAB-05.02.04	Wersja : 5	Data obowiązywania 19.12.2019	ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO GENETYCZNEGO	
Strona 2 z 2				

WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA GENETYCZNEGO

ROZPOZNANIE CHOROBY / Kliniczne objawy choroby

.....

WSKAZANIA DO BADANIA GENETYCZNEGO

<input type="checkbox"/> Diagnostyka prenatalna <input type="checkbox"/> Diagnostyka postnatalna <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Weryfikacja rozpoznania klinicznego <input type="checkbox"/> Określenie statusu nosicielstwa <input type="checkbox"/> Określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę <input type="checkbox"/> Diagnostyka przedobjawowa <input type="checkbox"/> 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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trisomia 13 <input type="checkbox"/> Trisomia 18 <input type="checkbox"/> Trisomia 21 <input type="checkbox"/> Zespół mikrodelecyjny <input type="checkbox"/> Podejrzenie aberracji chromosomów płci <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zespół Turnera <input type="checkbox"/> Zespół Klinefeltera <input type="checkbox"/> 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"/> Badanie polimorfizmu chromosomów <input type="checkbox"/> Identyfikacja określonej aberracji metodami cytogenetyki molekularnej <input type="checkbox"/> Inne.....
---	--

WSKAZANIA DO CYTOGENETYCZNEGO BADANIA PRENATALNEGO

wiek ciężarnej powyżej 35 roku życia
 nieprawidłowości w badaniu USG wskazujące na zwiększone ryzyko wystąpienia aberracji chromosomowych lub wady płodu
 wynik testu przesiewowego wskazujący na ryzyko aberracji chromosomowej
 stwierdzenie obecności aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka
 obciążony wywiad rodzinny
 inne.....

Informacja o zaawansowaniu ciąży (wiek ciąży w tyg.)	Informacja o wyniku badania USG:
---	--

STOSOWANE LECZENIE:
.....

WYWIAD RODZINNY: (Czy w rodzinie występowały choroby uwarunkowane genetycznie?):

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