

NR BADANIA

ZLECENIE na badanie molekularne w kierunku
CELIAKII

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA		PIECZĄTKA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ/ ADRES ZAMIESZKANIA PACJENTA *		
PESEL **	DATA URODZENIA	PŁEĆ	POCHODZENIE ETNICZNE	NR HISTORII CHOROBY
		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		
Sposób kontaktu: <input type="checkbox"/> z lekarzem zlecającym tel./e-mail				
ROZPOZNANIE/ WSKAZANIE DO BADANIA		TRYB WYKONANIA BADANIA	<input type="checkbox"/> standardowy <input type="checkbox"/> cito	
Cel badania: diagnostyka <input type="checkbox"/> określenie statusu nosicielstwa mutacji genowej <input type="checkbox"/> uściślenie rozpoznania klinicznego		ISTOTNE DANE KLINICZNE Informacja o transfuzji/przeszczepie szpiku *** <input type="checkbox"/> Tak(data)..... <input type="checkbox"/> Nie INNE.....		
BADANY MARKER GENETYCZNY <i>Proszę zaznaczyć badanie do wykonania</i> <input type="checkbox"/> HLA DQ2 <input type="checkbox"/> HLA DQ8				
INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM <input type="checkbox"/> krew obwodowa: 1-2 ml krwi obwodowej pobranej jałowo do probówki z EDTA <input type="checkbox"/> wymaz z policzka pobrany wg instrukcji dołączonej do zestawu do pobierania materiału genetycznego				
Zgoda pacjenta na wykonanie badań genetycznych <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
Podpis i pieczęć lekarza kierującego		Dane jednostki/osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania (wypełnić jeśli jest inna niż ośrodek kierujący)		
WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA MATERIAŁ		WYPEŁNIA LABORATORIUM		
Data i godzina pobrania:.....		Data i godzina przyjęcia:.....		
Podpis osoby pobierającej		Podpis osoby przyjmującej		

* W przypadku badań prywatnych

** W przypadku osoby dorosłej nieposiadającej nr PESEL nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

*** W przypadku gdy źródłem materiału jest krew