

NR BADANIA

ZLECENIE na badanie molekularne w kierunku
Trombofilii wrodzonej / Chorób układu sercowo-naczyniowego (THR/CVD)

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA		PIECZĄTKA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ/ ADRES ZAMIESZKANIA PACJENTA *		
		Sposób kontaktu: <input type="checkbox"/> z lekarzem zlecającym tel./e-mail		
PESEL **	DATA URODZENIA	PŁEĆ	POCHODZENIE ETNICZNE	NR HISTORII CHOROBY
		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		
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 PLT:..... Fibrynogen:..... PT:..... APTT:..... INNE.....		
BADANY MARKER GENETYCZNY <i>Proszę zaznaczyć badanie do wykonania</i>				
<input type="checkbox"/> FV Leiden (G1691A) <input type="checkbox"/> FV R2 (H1299R) <input type="checkbox"/> FII (G20210A) <input type="checkbox"/> MTHFR (C677T) <input type="checkbox"/> MTHFR (A1298C)		<input type="checkbox"/> FXIII (V34L) <input type="checkbox"/> wariant 4G/5G SERPINE1 (PAI-1) <input type="checkbox"/> APOB (R3500Q) <input type="checkbox"/> wariant e2/e3/e4 APOE <input type="checkbox"/> wariant a/b ITGB3 (HPA1, GPIIIa) <input type="checkbox"/> wariant I/D ACE <input type="checkbox"/> FGB (-455G-)		
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