



SAMODZIELNY
PUBLICZNY SZPITAL
KLINICZNY NR 2
PUM w Szczecinie

KARTA SKIEROWANIA NA BADANIE GENETYCZNE - POSTNATALNE

PRIORYTET:
 RUTYNA

 CITO

INFORMACJE O PACJENCIE:

 Nazwisko i imię (**drukowanymi literami**)

.....

.....

Data urodzenia (dz./m./r.):/...../.....

 Płeć: żeńska męska nieznana

 PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Adres zamieszkania:.....

.....

Tel. Komórkowy:.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM:

Rodzaj materiału:

- krew obwodowa fibroblasty
 szpik kostny wyizolowane DNA
 inne.....

Data i godzina pobrania próbki od pacjenta:

(dz./m./r.):...../...../..... godz.....

 Podpis osoby pobierającej materiał:

.....

RODZAJ BADANIA:

- KARIOTYP (heparyna)
 FISH (heparyna).....
 aCGH (EDTA).....
 MLPA (EDTA).....
 Izolacja DNA (EDTA)
 Inne*.....

Kod procedury

 * Aktualny Cennik i kody procedury znajdują się na stronie
www.spsk2-szczecin.pl w zakładce Szpital/Cennik.

INFORMACJE O LECZENIU:

Antybiotykoterapia w ciągu ostatniego miesiąca

Transfuzja innej krwi w ciągu ostatnich 3 miesięcy

Przeszczep szpiku

TAK	NIE

WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA:

 Kliniczne objawy choroby:.....

.....

.....

 Wywiad rodzinny:

.....

.....

DATA SKIEROWANIA (dz./m./r.):...../...../.....

WYPEŁNIA PRACOWNIA CYTOGENETYKI SPSK2:

Data i godzina przyjęcia materiału (dz./m./r.):

...../...../..... godz.....

Nr identyfikacyjny pacjenta:.....

Osoba przyjmująca materiał:.....

 Uwagi o stanie próbki:

.....

INFORMACJE O JEDNOSTCE KIERUJĄCEJ:

 Nazwa Jednostki:

.....

.....

Adres:

Telefon/fax:

 Imię i nazwisko lekarza kierującego:

.....

.....

INFORMACJE DO FAKTURY:

NIP:

 Nazwisko i imię/nazwa Płatnika:

.....

.....

 Adres:.....

.....

SPOSÓB ODBIORU WYNIKU:

- Wynik wysyłany jest do Jednostki Kierującej
 Odbiór osobisty przez Pacjenta lub przez osobę upoważnioną
 Wysyłka listem poleconym do pacjenta

CEL BADANIA:

- Diagnostyka postnatalna:
 Weryfikacja rozpoznania klinicznego
 Określenie statusu nosicielstwa
 Określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną
 Zabezpieczenie materiału genetycznego

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA KIERUJĄCEGO NA BADANIA: