



SKIEROWANIE NA BADANIE MOLEKULARNE

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA (zaznaczyć właściwe)

- Oznaczenie HLA-DQ2/DQ8**
diagnostyka celiakii
- Oznaczenie HLA-B27**
diagnostyka spondyloartropatii seronegatywnych
- Oznaczenie HLA-Cw6**
diagnostyka łuszczycy
- Oznaczenie mutacji Leiden w genie czynnika V**
diagnostyka zakrzepicy
- Oznaczenie mutacji 20210 G>A w genie czynnika II**
diagnostyka zakrzepicy
- Oznaczenie mutacji Leiden w genie czynnika V oraz mutacji w genie czynnika II** – diagnostyka zakrzepicy
- Oznaczenie 4 SNP (H63D/C282Y/S65C/E168X)**
diagnostyka hemochromatozy
- Oznaczenie 2 SNP (H63D/C282Y)**
diagnostyka hemochromatozy

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i nazwisko (drukowanymi literami):

.....

PESEL:.....

Adres korespondencyjny (miejsce przesłania wyniku):

.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:

- krew pełna żylna
- inny:.....

Data pobrania próbki pacjenta (dz/m/r):

.....

INFORMACJE O TRANSFUZJI/PRZESZCZEPIE **

U pacjenta wykonano (zaznaczyć właściwą odpowiedź):

- transfuzję przeszczep nie

**Badanie genetyczne można wykonać po 3 miesiącach od daty transfuzji, ponieważ istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku badania diagnostycznego.

PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

.....

PIECZĘĆ LEKARZA KIERUJĄCEGO

.....

DANE DO FAKTURY

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu Zleceniodawcy.

Data, podpis.....

Wypełnić jeśli są inne niż Jednostki Kierującej na badanie.

NIP

Nazwisko i imię/Nazwa Jednostki Kierującej

.....

Adres:

.....

.....

.....

.....

Podpis Pacjenta