

ZLECENIE BADANIA DO CELÓW MEDYCZNYCH

Nr bezpłatnej infolinii **800 20 60 80**

Pieczętka zakładu
(dane jednostki zlecającej badanie)

Skierowanie nr _____
Data i godzina przyjęcia
materiału do laboratorium _____
Uwagi:

(To pole wypełnia laboratorium)

Dane pacjenta (proszę wpisać drukowanymi literami)

Imię _____ Nazwisko _____

Data urodzenia (dd-mm-rrrr) _____ Nr pacjenta _____ Płeć K M

PESEL _____ Oddz. NFZ _____

W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL proszę wpisać rodzaj i numer dokumentu tożsamości

Miejsce zamieszkania pacjenta:

Ulica, nr domu, nr mieszkania _____ Kod pocztowy ____ - ____

Miejscowość _____ Telefon kontaktowy _____

Rodzaj materiału:	Data i godzina pobrania materiału:
Dane osoby pobierającej materiał:	Tryb wykonania badania:

Zamawiający oświadcza, że chciałby zostać poinformowany o wyniku (można zaznaczyć więcej niż jedno) :

Kurierem/Pocztą Odbiór osobisty* eLaborat**

*W Laboratorium Rex (ul. Robotnicza 32, 53-608 Wrocław)

**eLaborat to platforma internetowa do publikacji wyników badań. Instrukcja korzystania, oraz wymagana zgoda dołączone są do dokumentów

Adres do wysyłki

Dane osoby upoważnionej do odbioru :

Wskazania do wykonania badania oraz istotne dane kliniczne

Rozpoznanie (ICD10):	Informacje o transfuzji:
Informacje o stosowanym leczeniu:	

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie molekularnych badań diagnostycznych

Niniejszym wyrażam zgodę na pobranie ode mnie materiału biologicznego w celu izolacji kwasów nukleinowych i wykonania molekularnych badań diagnostycznych. Wyrażam zgodę na wykorzystanie do badań otrzymanego z mojej próbki DNA/RNA.

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych

W przypadku diagnostyki chorób uwarunkowanych genetycznie oraz ich predyspozycji należy wypełnić załączony formularz „Deklaracja świadomej zgody” na wykonanie badań genetycznych

Data i czytelny podpis pacjenta _____



PROFILAKTYKA SZYJKI MACICY

- HPV HR (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68)
- HPV 49 (typy wysokoogenne: 16,18,26,31,33,35,39,45,51,52,53,56,58,59,66,68,73,82 typy niskoogenne: 6,11,40,42,43,44,54,61,62,70,71,72,81,83,84,85,89, oraz: 34,64,67,69,74,86,87,97,101,102,103,106,150,151)
- HPV 35 (typy wysokoogenne: 16,18,26,31,33,35,39,45,51,52,53,56,58,59,66,68,73,82, typy niskoogenne: 6,11,40,42,43,44,54,61,62,70,71,72,81,83,84,85,89)
- HPV 14 (16,18,31,33,35,39,45,52,56,58,59,66 oraz 6,11)
- HPV 12 genotypowanie (16,18,31,33,35,39,45,52,56,58,59,66)
- HPV 2 (typy niskoogenne: 6,11)

INFEKCJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

- HSV (wirus opryszczki 1 i 2)
- Chlamydia trachomatis*
- Ureaplasma species*
- Mycoplasma genitalium*
- Mycoplasma hominis*
- Rzeżączka - *Neisseria gonorrhoeae*

PAKIETY BADAŃ

- Chlamydia trachomatis* + *Ureaplasma species*
- Chlamydia trachomatis* + *Mycoplasma genitalium*
- Chlamydia trachomatis* + *Mycoplasma hominis*
- Chlamydia trachomatis* + *Neisseria gonorrhoeae*

PAKIET POTRÓJNY I

- Chlamydia trachomatis* + *Ureaplasma species* + *Mycoplasma genitalium*

PAKIET POTRÓJNY II

- Chlamydia trachomatis* + *Ureaplasma species* + *Mycoplasma hominis*

PAKIET INFEKCYJNY I

- HPV 12 + HPV 2 + *Chlamydia trachomatis* + *Ureaplasma species* + *Mycoplasma genitalium*

PAKIET INFEKCYJNY II

- HPV 12 + HPV 2 + *Chlamydia trachomatis* + *Ureaplasma species* + *Mycoplasma hominis*

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY ORAZ HIV

- HCV – test jakościowy
- HBV – test jakościowy
- HIV – test (Western-Blott)
- HCV – genotypowanie
- Mutacje HCV w regionie NS3
- Mutacje HCV w regionie NS5A
- HBV – lekooporność na entekawir
- HBV – lekooporność YMDD
- HCV – test ilościowy
- HBV – test ilościowy
- HIV – test ilościowy
- Polimorfizm interleukiny 28B (IL28B) C/T
- Polimorfizm interleukiny 28B (IL28B) T/G

PAKIETY BADAŃ

- HCV test jakościowy+ HCV test ilościowy
- HCV test jakościowy+ HCV genotypowanie
- HCV test ilościowy+ HCV genotypowanie
- HBV test jakościowy+ HBV test ilościowy
- HBV test jakościowy+ HBV lekooporność YMDD
- HBV test jakościowy+ HBV lekooporność na entekawir
- HBV test ilościowy+ HBV lekooporność YMDD

- HBV test ilościowy+ HBV lekooporność na entekawir
- Polimorfizm interleukiny 28B (IL28B) C/T+ Polimorfizm interleukiny 28B (IL28B) T/G

CHOROBY UWARUNKOWANE GENETYCZNIE ORAZ ICH PREDYSPOZYCJE

- BRCA1
- Głuchota wrodzona
- Hemochromatoza – HFE
- Zespół Gilberta
- Nietolerancja laktozy
- Celiakia
- Mukowiscydoza (mutacja Fdel508)
- Mukowiscydoza – CFTR (18 mutacji)
- Azoospermia – AZF
- Mutacja V Leiden
- Mutacja genu protrombiny II
- Hiperhomocysteinemia – MTHFR
- HLA B27
- Pakiet Trombophilia Plus (Czynnik V Leiden, czynnik V R2, mutacja genu protrombiny G20210A, 2 mutacje MTHFR (C677T oraz A1298C), PAI-1 4G/5G (Inhibitor Aktywatora Plazminogenu)

FARMAKOGENETYKA

- Nadwrażliwość na IRINOTECAN
- HLA-B*57

INFEKCJE UKŁADU ODDECHOWEGO

- Chlamydia pneumoniae*
- Mycoplasma pneumoniae*
- Chlamydia pneumoniae* + *Mycoplasma pneumoniae*

INFEKCJE OGÓLNOUSTROJOWE

- CMV – test jakościowy
- CMV – test ilościowy
- EBV – test jakościowy
- EBV – test ilościowy
- Parwovirus B-19 – test jakościowy
- Parwovirus B-19 – test ilościowy
- JCV – test jakościowy
- JCV – test ilościowy
- Adenowirusy (ADV) – test jakościowy
- Adenowirusy (ADV) – test ilościowy
- BKV – test jakościowy
- BKV – test ilościowy
- HHV6 – test jakościowy
- HHV6 – test ilościowy
- Toxoplasma gondii – test jakościowy
- Borrelia burgdorferi – test jakościowy

DIAGNOSTYKA NIEPŁODNOŚCI PAKIETY

PAKIET DLA MĘŻCZYZN

Kariotyp	<input type="checkbox"/>
AZF	<input type="checkbox"/>
CFTR (del F508)	<input type="checkbox"/>
OPCJONALNIE	
CFTR (18 Mutacji w tym del F508)	<input type="checkbox"/>

PAKIET DLA KOBIET

Kariotyp	<input type="checkbox"/>
CFTR (del F508)	<input type="checkbox"/>
DO WYBORU JEDEN Z PONIŻSZYCH	
MTHFR (hiperhomocysteinemia)	<input type="checkbox"/>
Mutacja Leiden czynnika V	<input type="checkbox"/>
Mutacja genu protrombiny	<input type="checkbox"/>
OPCJONALNIE	
CFTR (18 Mutacji w tym del F508)	<input type="checkbox"/>

Podpis i pieczęć lekarza zlecającego badanie