

## КАРТА СКЕРУВАННЯ НА МОЛЕКУЛЯРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

### ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОСЛІД (заповніть згідно з пропозицією діагностичного тесту ZGM):

Актуальний цінник та перелік процедур на сайті [www.zgm.imid.med.pl](http://www.zgm.imid.med.pl): Меню: Діагностичні тести → Пропозиція → Лабораторії молекулярної генетики

Захворювання: .....

Код процедури: .....

#### ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА:

Ім'я та Прізвище (друкованими літерами):

.....  
.....

Дата народження (день/місяць/рік): ...../...../.....

PESEL: .....

Стать: жіноча  чоловіча  невідома

Національність: польська  інша

#### КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ:

Адреса:

.....  
.....

Адреса e-mail:

.....  
.....

Номер телефону: .....

Номер карти/ родовід пацієнта у закладі скерування:

.....  
.....

#### ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАКЛАД СКЕРУВАННЯ:

Назва закладу:

.....  
.....

Адреса:

.....  
.....

Телефон: ..... Факс .....

Ім'я та Прізвище лікаря, котрий скерує:

.....  
.....

Контактні дані (тел./e-mail):

.....  
.....

Дата виставлення скерування (день/місяць/рік):

...../...../.....  
.....

#### ІНФОРМАЦІЯ ПРО БІОЛОГІЧНИЙ МАТЕРІАЛ:

Вид матеріалу:

- периферична кров  пляма крові  
 посів амніоцитів  амніотична рідина  
 трофобласт  ізольована ДНК  
 інше.....

Дата взяття зразка у пацієнта

(день/місяць/рік):...../...../.....

Уваги про стан зразка: .....

Дата прийняття матеріалу:

(день/місяць/рік):...../...../.....

#### ІНФОРМАЦІЯ ПРО РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТУ ДНК:

Результат стандартно висилається до  
напрявляючого закладу. В іншому випадку, прохання  
подати правильні дані до кореспонденції:

.....  
.....

#### ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ФАКТУРИ:

NIP: .....

Прізвище та ім'я / назва скеровуючого закладу / фірми:

.....  
.....

Адреса:

.....  
.....

Підпис та печатки особи виражаючої згоду на покриття  
коштів дослідження (Директор, Головний Бухгалтер)

Уваги:

**Інформація, охоплена професійною таємницею (лікар та лаборант):**

**Ціль дослідження:**

- |                          |  |                          |                                    |
|--------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Післяпологова діагностика  | <input type="checkbox"/> | Пренатальна діагностика            |
| <input type="checkbox"/> | підтвердження клінічного діагнозу                                      | <input type="checkbox"/> | Патологоанатомічна діагностика     |
| <input type="checkbox"/> | визначення статусу носія   | <input type="checkbox"/> | Забезпечення генетичного матеріалу |
| <input type="checkbox"/> | визначення схильності до захворювання на вищевказану генетичну хворобу |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/> | передсимптоматична діагностика   |                          |                                    |

**Показання для проведення тесту:**

- Позитивний сімейний анамнез (будь ласка, вкажіть ступінь спорідненості з особою, яка страждає на дане захворювання)

.....  
.....

- Клінічні симптоми захворювання, такі як:

.....  
.....  
.....  
.....

- Інше:

.....  
.....

**Чи молекулярне дослідження виконується вперше?**  ТАК  НІ

Якщо НІ, то в якому осередку було виконано та з приводу якого захворювання:

.....  
.....

**Чи в родині були випадки генетично обумовлених захворювань?**  ТАК  НІ

Якщо ТАК, прохання перерахуйте суб'єкти захворювання та ступінь спорідненості щодо пробанта, а також ім'я та прізвище пробанта:

.....  
.....

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПЕРЕЛИВАННЯ:**

Було виконано у пацієнта протягом останні 3 місяців::

ТАК  НІ

*\* генетичне дослідження можна проводити через 3 місяці від дати переливання, інакше є ризик отримати неправильний діагностичний результат.*

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО ТРАНСПЛАНТАЦІЮ КІСТКОВОГО МОЗКУ**

Чи пацієнтові робили коли-небудь пересадку кісткового мозку:

ТАК  НІ

*\* у разі трансплантації кісткового мозку для генетичного тестування слід взяти іншу тканину, ніж кров (наприклад, фібробласти, клітини слизової оболонки порожнини рота)*

Я заявляю, що поінформував пацієнта про деталі типу дослідження та можливі результати молекулярно-генетичних досліджень.

**ПІДПИС ТА ПЕЧАТКА ЛІКАРЯ, КОТРИЙ СКЕРОВУЄ НА ДОСЛІДЖЕННЯ:**

.....