

ZLECENIE NA BADANIA Z HODOWLI LIMFOCYTÓW KRWI OBWODOWEJ

130	Kariotyp, badanie cytogenetyczne
3880	Badanie w kierunku mozaiki linii chromosomów płciowych met. FISH
3881	Weryfikacja kariotypu mozaikowego chromosomu X lub Y o niskim procencie komórek nieprawidłowych, met. FISH UWAGA: Rozwinięcie badania 130. Tylko jako badanie dozlecane.
3882	Niepłodność męska -delecja sekwencji SRY w chromosomie Y metodą biologii molekularnej - FISH

DANE PACJENTA

NR BADANIA

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

DATA URODZENIA

PŁEĆ: K**
 M**

Adres zamieszkania pacjenta

ulica, nr domu/ nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

Nr telefonu

e-mail

W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL nazwa i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

MATERIAŁ

Data i godzina pobrania materiału.....

Dane osoby pobierającej materiał (imię, nazwisko, podpis).....

Data i godzina przyjęcia materiału

Podpis osoby przyjmującej materiał

DANE KLINICZNE PACJENTA

Wskazania do wykonania badania / rozpoznanie / podejrzenie kliniczne**:

Informacje o stosowanym leczeniu:

Informacja o obciążeniach genetycznych w rodzinie:

Czy była wykonywana transfuzja**:

TAK NIE

Data transfuzji

DDMMRRRR

Inne istotne informacje:.....

MIJSCIE PRZESŁANIA WYNIKU:

(Wypełnić jeżeli inne niż miejsce zamieszkania)

Proszę o przyśpieszone wysłanie wyniku na:

adres e-mail lub/i fax

DANE JEDNOSTYKI I LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE

Data zlecenia badania:.....

(podpis z czytelną pieczętką lekarza zlecającego)

(czytelna pieczętka jednostki zlecającej)

* prosimy o czytelne wypełnienie
** zaznacz właściwe