

[illegible]

NAZWISKO

[illegible]

IMIE

[illegible]

PESEL

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

DATA URODZENIA

Adres zamieszkania pacjenta

Sposób kontaktu z pacjentem (np. telefon, fax, e-mail).....

Nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość - w przypadku Pacjenta nieposiadającego numeru PESEL

Płeć: ☐ żeńska ☐ męska ☐ nieznana

Pochodzenie etniczne: ☐ polskie inne nr karty/ rodowodu pacjenta w jednostce kierującej:

Dane rodzica lub opiekuna prawnego Pacjenta (wypełnić, jeśli Pacjent jest niepełnoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody):

Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna:

Data urodzenia PESEL:

Adres rodzica/opiekuna prawnego:

Sposób kontaktu z rodzicem / opiekunem prawnym (telefon, fax, e-mail) :

INFORMACJE O BADANIU:

Nazwa badania:

Symbol badania w ALAB :

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:	☐ krew żylna pełna (EDTA)	☐ płyn owodniowy	☐ krew żylna, surowica	☐ FFPE (nr;% kom. nowot.)
	☐ krew heparynowa	☐ wyizolowany DNA	☐ kał	☐ cytoblok (nr;% kom. nowot.)
	☐ plama krwi	☐ szpik kostny	☐ mocz	☐ krew do izolacji ccfDNA
	☐ krew pępowinowa	☐ BAL	☐ PMR	☐ wymaz z
	(% komórek HbF.....)	☐ krew żylna, osocze (EDTA)	☐ płwocina	☐ inne.....
	☐ trofoblast			

DANE OBJEKTU: Tajemnica zawodowa lekarza i diagnosty laboratoryjnego

Nazwa jednostki chorobowej

CEL BADANIA (właściwe zaznaczyć):

☐ Diagnostyka postnatalna (pourodzeniowa)

☐ weryfikacja rozpoznania klinicznego

kliniczne objawy choroby (wymienić):

.....

.....

☐ określenie statusu bezobjawowego nosicielstwa defektu genetycznego zidentyfikowanego w rodzinie :

☐ określenie predyspozycji do zachorowania na chorobę genetyczną

(dla chorób nowotworowych, jeśli nowotwory występowały w rodzinie, proszę podać zdiagnozowany typ nowotworu i wiek zachorowania u wszystkich chorych członków rodziny)

☐ diagnostyka przed procedurą wspomaganego rozrodu

☐ Diagnostyka prenatalna (przedurodzeniowa) tydzień ciąży: (proszę załączyć wyniki badań przesiewowych lub innych badań płodu)

☐ Diagnostyka post mortem (pośmiertna)

☐ określenie płci poronionego płodu

☐ karyotyp molekularny (aCGH)

☐ inne:

☐ Izolacja i zabezpieczenie materiału genetycznego (bankowanie DNA)

Czy badanie genetyczne było wykonywane wcześniej?

☐ tak ☐ nie

Jeśli TAK, to w kierunku jakiej choroby i jaki był wynik badania (opisać/załączyć):

.....

.....

Czy w rodzinie występowały choroby uwarunkowane genetycznie?

☐ tak ☐ nie

Jeśli TAK, proszę wymienić jednostki chorobowe oraz stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby chorej oraz imię i nazwisko osoby chorej

.....

.....

Informacje o stosowanym leczeniu

.....

Symbole

RODOWÓD:

- ☐ zdrowa kobieta
- ☒ chora kobieta
- ☐ kobieta nosiciel
- ☐ zdrowy mężczyzna
- ☒ chory mężczyzna
- ☐ mężczyzna nosiciel
- płód
- przerwanie ciąży
- płęć nieznaną
- bliźnięta jednojajowe
- bliźnięta dwujajowe

Informacje o przeszczepie szpiku/ transfuzji krwi

Czy u pacjenta kiedykolwiek był wykonany przeszczep szpiku: ☐ tak ☐ nie

(przeszczep szpiku stanowi przeciwwskazanie do wykonywania badań genetycznych z krwi i śliny)

Czy u pacjenta w ciągu ostatnich 2 miesięcy była wykonana transfuzja krwi: ☐ tak ☐ nie

(badanie genetyczne można wykonać po okresie 2 miesięcy od daty transfuzji, w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU BADANIA LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU WYNIKU

wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych:

.....

.....

☐ wypełnia pacjent lub lekarz kierujący

☐ wypełnia osoba rejestrująca

☐ wypełnia lekarz kierujący

Godzina pobrania materiału

Godziny

Minuty

Godziny popołudniowe

Data pobrania materiału

Dane osoby pobierającej