***Zlecenie badania genetycznego***

***Dane Pacjenta***

**Imię (imiona):** ……………………….……………………………….. **Nazwisko:** ………………………….……………………………………………….

**Płeć:**  K M **Data urodzenia (*dd/mm/rrrr*):**

**PESEL:**

……………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………….
*W przypadku braku nr PESEL nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość; w przypadku noworodka nr PESEL matki*

**Adres zamieszkania:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Telefon kontaktowy:** …………………………………………………. **e-mail:** ………………………………………………………………………………….

***Dane jednostki kierującej***

**Nazwa placówki:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Adres:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Imię i nazwisko lekarza kierującego:** ……………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane kontaktowe (telefon, e-mail):** …………………………………………………………………………………………………………………………….

**Data wystawienia zlecenia (*dd/mm/rrrr*):**

**Miejsce przesłania wyniku badania.** Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym przypadku należy podać właściwe dane adresowe lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku badania:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

***Zlecone badanie i rodzaj materiału do badania***

**Nazwa badania (wg oferty Pracowni Genomiki Klinicznej i Diagnostyki Genetycznej):**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Materiał do badania:** krew na EDTA inny: ……………………………………………………………………………….

***Istotne informacje kliniczne objęte tajemnicą zawodową (lekarza i diagnosty laboratoryjnego)***

**Rozpoznanie:** ………………………………………………………………………………………….. **Kod ICD-10:** …………………………

**Informacje dodatkowe:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Informacje o transfuzji:**

Czy u pacjenta była wykonana transfuzja w ciągu ostatnich 3 miesięcy? TAK NIE

*badanie genetyczne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty transfuzji, w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego*

**Informacje o przeszczepie szpiku:**

Czy u pacjenta wykonano kiedykolwiek przeszczep szpiku? TAK NIE

*w przypadku przeszczepu szpiku należy do badania genetycznego pobrać inną tkankę niż krew (np. fibroblasty, komórki śluzówki jamy ustnej)*

**Wywiad rodzinny:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta o szczegółach dotyczących rodzaju badania i możliwych wynikach molekularnych badań genetycznych.***

………………………………………….. …………………………………………………………………………………….

Miejscowość, data Podpis i pieczęć lekarza kierującego na badanie

***Pobranie materiału do badania***

**Rodzaj materiału:** ………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….

**Data (*dd/mm/rrrr*): i godz. (*hh/mm*): pobrania**

**Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał:** ……………………………………………………………………………………………………………..