



Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
Pracownia Genomiki Klinicznej i Diagnostyki Genetycznej
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
tel. 85 686 52 83
e-mail: Genomika.Kliniczna@uskwb.pl

Zlecenie badania genetycznego

Dane pacjenta

Imię (imiona):

Nazwisko:

Płeć: ☐ K ☐ M

Data urodzenia (dd/mm/rrrr): / /

PESEL:

W przypadku braku nr PESEL nazwa, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość; w przypadku noworodka bez nadanego imienia oznaczenie „syn” lub „córka” i nr PESEL matki

Adres zamieszkania:

Dane przedstawiciela ustawowego (wypełnić gdy pacjentem jest dziecko/podopieczny)

Imię (imiona):

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Dane jednostki zlecającej

Nazwa placówki:

Adres:

Lekarz zlecający badanie (imię / imiona i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje – jeżeli posiada, NPWZ):

Dane kontaktowe (telefon, e-mail):

Miejsce przesłania wyniku badania. Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym przypadku należy podać właściwe dane adresowe lub imię (imiona) i nazwisko 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:

Zlecenie wystawiono (dd/mm/rrrr) / / o godz. (hh/mm) :

Tryb wykonania badania: ☐ rutynowy ☐ pilny

Istotne informacje kliniczne dotyczące pacjenta objęte tajemnicą zawodową lekarza i diagnosty laboratoryjnego

Rozpoznanie:

Kod ICD-10:

Pochodzenie etniczne: ☐ europejskie

☐ inne:

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 komórek krwiotwórczych:

Czy u pacjenta wykonano kiedykolwiek przeszczep szpiku? ☐ TAK ☐ NIE

w przypadku przeszczepu szpiku krew nie może być materiałem do wykonania badania genetycznego; należy pobrać inną tkankę niż krew (np. fibroblasty, komórki śluzówki jamy ustnej)

Wywiad rodzinny:

Informacje o wcześniejszych badaniach genetycznych:

Czy pacjent kiedykolwiek miał wykonywane badanie genetyczne/molekularne? ☐ TAK ☐ NIE

jeśli TAK proszę podać w kierunku jakiej choroby oraz jaki był wynik badania

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: ☐ krew na EDTA

☐ inny:

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

Imię (imiona) i nazwisko osoby pobierającej materiał: