Badania zlecone w celu profilaktyki, zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia

DIAGNOSTYKA laboratoria medyczne
...więcej niż wynik

DIAGNOSTYKA S.A. ul. prof. Michała Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków
www.diagnostyka.pl, nr rejestru 000000005831

LICZBA BADAŃ

DATA i GODZINA PRZYJĘCIA MAT. DO LABORATORIUM

NR ID PACJENTA

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ

KOD MATERIAŁU

PIECZEĆ I PODPIS LEKARZA ZLECAJĄCEGO

KOD ODDZIAŁU

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKÓW

DATA POBRANIA

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

D D M M R R
DATA URODZENIA

PŁEĆ:
M
K

ADRES

TELEFON

Dane i podpis osoby pobierającej

TRYB: CITO

MATERIAŁ: KREW PŁYN OWODNIOWY TROFOBLAST FIBROBLASTY SZPIK INNE .....

Godziny pobrania materiału: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Minuty: 15 30 45

Z/LAB/13 wydanie II z dnia.06.09.2021

ZLECENIE NA BADANIA CYTOGENETYCZNE

- 130 Kariotyp, badanie cytogenetyczne
- 3880 Badanie w kierunku mozaiki linii chromosomów płciowych metodą FISH
- 3881 Weryfikacja kariotypu mozaikowego chromosomu X lub Y o niskim procencie komórek nieprawidłowych, metodą FISH

  UWAGA: Rozwinięcie badania 130. Tylko jako badanie dozlecane.
- 3882 Niepłodność męska - delecja sekwencji SRY w chromosomie Y metodą biologii molekularnej - metodą FISH

VERTE

PRAWIDŁOWY SPOSÓB ZAZNACZANIA BADAŃ

DANE KLINICZNE PACJENTA

Wskazania do wykonania badania (zaznaczyć wszystkie właściwe):

□ niepłodność
□ pierwotna □ wtórna
□ poronienia
liczba poronień ……, tydzień poronień ……
□ planowany zabieg IVF
□ niepowodzenie procedur wspomaganego rozrodu
□ urodzenie dziecka z wadami
(wymienić jakie) …….....
□ występowanie wad genetycznych w rodzinie
(jakie wady i stopień pokrewieństwa) ……..……
…….....

□ podejrzenie aberracji chromosomowej
(jakiej?) …….....
□ dysmorfia, wady rozwojowe
(jakie?) …….....
□ opóźnienie pokwitania
□ pierwotny brak miesiączki
□ transseksualizm
□ dawstwo komórek rozrodczych
□ inne
(jakie?) …….....

Informacje o stosowanym leczeniu: .....

Informacje o chorobach genetycznych w rodzinie: .....

Czy była wykonywana transfuzja ☐ TAK ☐ NIE Data transfuzji: D D M M R R R R

Czy był wykonywany przeszczep szpiku ☐ TAK ☐ NIE Data przeszczepu: D D M M R R R R

Informacja o zaawansowaniu ciąży (wyniki badań przesiewowych, inne wyniki badań płodu): .....

.....

Inne istotne informacje: .....

Z/LAB/13 wydanie II z dnia 06.09.2021

411D