

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE – Diagnostyka Postnatalna

Kod/Rodzaj badania:

Wskazanie do wykonania badania:

Kod ICD10:

Pacjent:

Nazwisko i imię:

Data urodzenia: r. PESEL: Płeć: M K

dzień miesiąc rok

Adres zamieszkania:

Wyrażam zgodę na otrzymanie krótkiej wiadomości tekstowej (SMS) w celu uzyskania informacji o terminie zakończenia badania: TAK* NIE * numer telefonu

Wyrażam zgodę na przesłanie wyniku do lekarza kierującego na badanie: TAK NIE* * dane adresowe do korespondencji lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku

Materiał biologiczny:

Rodzaj materiału: krew obwodowa ^{1,2} wycinek skóry inny

¹ podać informacje o przeszczepieniu szpiku lub transfuzji krwi TAK* NIE *data OSTATNIEJ transfuzji preparatów krwiopochodnych lub przeszczepienia szpiku

² krew jest źródłem materiału do badań pod warunkiem, że w okresie 2 miesięcy poprzedzających badanie pacjent nie otrzymał transfuzji preparatów krwiopochodnych

Ośrodek kierujący:

Ośrodek kierujący – pieczętka:	
Numer umowy z NFZ, Oddział NFZ:	
Podpis i pieczętka lekarza kierującego:	
Data wystawienia zlecenia:	

Laboratorium Genetyki Klinicznej UCK:

Data pobrania materiału:	Data przyjęcia materiału:
Godzina pobrania materiału:	Godzina przyjęcia materiału:
Dane osoby pobierającej materiał:	Dane osoby przyjmującej materiał:

UWAGA: Skierowanie na badanie jest ważne wyłącznie w przypadku dołączenia deklaracji świadomej zgody podpisanej przez pacjenta / przedstawiciela ustawowego (VERTE).

