

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE – Diagnostyka chimeryzmu potransplantacyjnego

(Nr badania: ...CliniNet)

Kod procedury:

Kod ICD10:

Nazwa badania:

Wskazanie do wykonania badania:

Pacjent:

(Nr pacjenta: ...CliniNet)

Nazwisko i imię:

Data urodzenia: r.

dzień

miesiąc

rok

PESEL:

Adres zamieszkania:

BIORCA - PROFILOWANIE DNA		DAWCA - PROFILOWANIE DNA	
Rodzaj materiału biologicznego:	Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K <i>Identyfikator dawcy:</i>	Rodzaj materiału biologicznego:	Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K <i>Identyfikator biorcy:</i>
<input type="checkbox"/> krew obwodowa ^{1,2} (przed transplantacją)	<input type="checkbox"/> wymaz z policzka	<input type="checkbox"/> krew obwodowa ^{1,2}	<input type="checkbox"/> komórki macierzyste
<input type="checkbox"/> szpik ¹ (przed transplantacją)	<input type="checkbox"/> inny	<input type="checkbox"/> szpik ¹	<input type="checkbox"/> inny
Data transplantacji:/...../.....		Data transplantacji:/...../.....	
<i>Raport o profilu dawcy nie jest wysyłany ze względu na prywatność dawcy.</i>			

STATUS CHIMERYZMU PO TRANSPLANTACJI	
Rodzaj materiału biologicznego:	Rodzaj transplantacji:
<input type="checkbox"/> krew obwodowa	<input type="checkbox"/> hematopoetyczne komórki macierzyste
<input type="checkbox"/> szpik	<input type="checkbox"/> autologiczny
	<input type="checkbox"/> allogeniczny
	<input type="checkbox"/> allogeniczny niepowiązany
	<input type="checkbox"/> krew pępowinowa
Data transplantacji:/...../.....	<input type="checkbox"/> inny
<i>Dane dotyczące dawcy i biorcy są wymagane do interpretacji chimeryzmu po transplantacji.</i>	

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:	

Płatnik / Program:

Laboratorium Genetyki Klinicznej UCK:

Data pobrania materiału:	Data przyjęcia materiału:
Godzina pobrania materiału:	Godzina przyjęcia materiału:
Imię i nazwisko oraz podpis osoby pobierającej materiał:	Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej materiał:

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

