



INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII

ZAKŁAD GENETYKI

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

tel. (48 22) 45 82 610

## ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO NA DIAGNOSTYKĘ CHORÓB LIZOSOMALNYCH

DANE PACJENTA		JEDNOSTKA ZLECAJĄCA BADANIE																				
<i>Imię i nazwisko (drukowanymi literami):</i> ..... <i>Imiona rodziców</i> .....		<i>Nazwa:</i> .....																				
<i>Data urodzenia:</i> .....		<i>Adres:</i> .....																				
<i>PESEL:</i>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<i>Telefon:</i> .....
<i>PLEĆ:</i>	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><i>Kobieta</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><i>Mężczyzna</i></td><td><input type="checkbox"/></td><td><i>Nieznana</i></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<i>Kobieta</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Mężczyzna</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Nieznana</i>	<i>Fax:</i> .....														
<input type="checkbox"/>	<i>Kobieta</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Mężczyzna</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Nieznana</i>																	
<i>Adres pacjenta:</i> ..... <i>ulica i numer domu</i> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <i>kod pocztowy</i> ..... <i>miejsowość</i> .....				-				<i>Imię i nazwisko lekarza kierującego:</i> ..... <i>Tel. kontaktowy/e-mail:</i> .....														
		-																				
<i>Kontakt z pacjentem (telefon, fax, e-mail):</i> .....		<i>Pieczętka i podpis lekarza:</i> .....																				
<i>W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:</i> .....		.....																				
MATERIAŁ		INFORMACJE O BADANIU																				
<i>Rodzaj materiału</i> <input type="checkbox"/> <i>krew obwodowa</i> <input type="checkbox"/> <i>hodowla amniocytów</i> <input type="checkbox"/> <i>płyn owodniowy</i> <input type="checkbox"/> <i>trofoblast</i> <input type="checkbox"/> <i>krew pępowinowa</i> <input type="checkbox"/> <i>wycinek skóry</i> <input type="checkbox"/> <i>szpik kostny</i> <input type="checkbox"/> <i>wyizolowany DNA</i> <input type="checkbox"/> <i>mocz</i> <input type="checkbox"/> <i>inne</i> .....	<i>Data i godzina pobrania:</i> ..... <i>Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał do badania:</i> .....	<i>Nazwa choroby/grupy chorób:</i> ..... <i>Zgoda na pokrycie kosztów badania:</i> .....																				
<i>Data i godzina przyjęcia materiału:</i> .....		.....																				