

Nazwa jednostki wykonującej badanie
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie
kod ident. podm. leczn. (I) 000000009958
Zespół Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej
Przychodnia Specjalistyczna Nr 1 35-045 Rzeszów, ul. Hetmańska 21 (V) 12
Pracownia Cytogenetyczna (VII) 105
REGON: 000314193, NIP: 813-150-19-71
Telefon: 17 85 352 81 do 85 wew. 352

Data zlecenia badania do laboratorium

Data, godzina przyjęcia materiału do laboratorium

Numer identyfikacyjny próbki

KARTA ZLECENIA BADANIA GENETYCZNEGO

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko Data urodzenia

Adres Płeć żeńska męska

PESEL* Telefon kontaktowy

* w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Informacja o materiale biologicznym:

Rodzaj materiału

Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał

Data i godzina pobrania

Informacje dodatkowe:

Wskazania do badania

Rozpoznanie choroby kod (ICD-10)

Istotne dane kliniczne (stosowane leczenie, RTG, transfuzja, przeszczep szpiku, choroby w rodzinie w tym genetyczne)

Rodzaj badania:

Kariotyp

Badanie molekularne

Technika FISH

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku.....

Zleceniodawca (pieczęć)

Lekarz kierujący (pieczęć i podpis)