

A kiválasztott vizsgálatot kérjük bejelölni a *Vizsgálatok Sanger szekvenálással* vagy az *MLPA* kérőlapon!

Klinikai információkat tartalmazó ambuláns lapot/zárójelentést kérjük mellékelni!



GENETIKAI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Páciens adatai

Név: _____
Leánykori név: _____
Anyja neve: _____
Szül. hely: _____
Szül. idő: _____
TAJ szám: _____
Lakcím: _____

Beküldő adatai

Intézmény neve: _____
Címe: _____
OEP kód: _____
Orvos neve: _____
Pecsétszám: _____
Telefonszám: _____
Email: _____

Egyéb információk

Beküldő diagnózis: _____
BNO kód: _____
Mintavétel időpontja: _____
Vizsgálati anyag: vér (2 db EDTA-s cső) DNS Egyéb: _____
MLPA vizsgálatához EDTA-s vérminta küldése szükséges!
Ambuláns naplósorszám: _____

A vizsgálatok elvégzése kb. 2-6 hónapot vesz igénybe.

A laboratórium nem dolgozza fel a mintát, ha

- a vizsgálati anyag vétele, szállítása nem megfelelő módon történt és emiatt az anyag feldolgozásra alkalmatlan
- a kérőlap vagy a beleegyező nyilatkozat hiányosan kitöltött, olvashatatlan
- a mintán és a kérőlapon vagy a beleegyező nyilatkozaton szereplő azonosítók nem egyeznek

