

WYNIK BADANIA FLUORESCENCYJNEJ HYBRYDYZACJI *IN SITU*

Nazwisko i imię:	Płeć:
PESEL:	Data urodzenia:
Miejsce zamieszkania/oddział szpitalny:	
Nr badania:	
Data pobrania materiału:	Data otrzymania materiału:
Wskazanie do badania:	
Inne informacje o pacjencie: (np. tydzień ciąży, informacja o transfuzjach, w przypadkach pacjentów hematologicznych informacja czy badanie jest pierwsze czy kolejne oraz podanie etapu leczenia)	
Ośrodek kierujący:	Lekarz kierujący:
Rodzaj materiału:	Stosowane sondy/producent:
Metody: FISH	Liczba badanych preparatów:
Liczba analizowanych jąder interfazalnych:	Liczba analizowanych płytek metafazalnych:
Wynik badania:	
Opis i interpretacja wyniku: 1. wynik prawidłowy/nieprawidłowy i opis słowny wyniku 2. interpretacja wyniku w odniesieniu do wskazania do badania 3. wymagana konsultacja lekarza genetyka	
Uwagi: 1. Minimalna liczba analizowanych komórek/metafaz zgodnie ze wskazaniem do badania 2. Błąd metody dla danej sondy 3. Inne ważne informacje o badaniu	

Badanie wykonał:

Badanie autoryzował:

lub

Badanie autoryzował :

Badanie konsultował:

Wynik badania genetycznego nie może być wykorzystany do badań i opracowań naukowych bez zgody