

Informacje o Laboratorium ADRES TEL LOGO	Data wydania wyniku XXXX-XX-XX Nr identyfikacyjny próbki XXXX
---	--

SPRAWOZDANIE Z MOLEKULARNEGO BADANIA GENETYCZNEGO

Informacje o pacjencie:

Imię i nazwisko pacjenta:	XXXXX ZZZZZ		
Numer historii choroby:	-	Płeć:	☐ M ☐ K
Data urodzenia (dd-mm-rrrr):	000000000	PESEL*:	00000000000
Tel. kontaktowy	Adres kontaktowy		
Uwagi			

Informacje o jednostce kierującej:

Nazwa jednostki:			
Adres:			
NIP	REGON		
Nazwisko i imię lekarza kierującego:	Telefon:		
	Fax		

Informacja o materiale biologicznym:

Rodzaj materiału:	☐ krew ☐ trofoblast ☐ amniocyty ☐ fibroblasty ☐ bloczek parafinowy			
	☐ preparat cytologiczny ☐ inne:			
Data, godzina pobrania materiału:	- / - / - r., godz. - : -	Data, godzina przyjęcia materiału:		
Rozpoznanie patomorfologiczne z nr bloczka/preparatu, nazwą zakładu patomorfologii i nazwiskiem patomorfologa				
Uwagi dotyczące materiału (np. ilość ml, mg, odsetek komórek, inne)				

Informacje o badaniu:

Wskazanie do wykonania badania:	
Data skierowania na badanie:	
Rodzaj (i czułość) procedury badawczej:	
Informacja o sposobie wewnętrznej kontroli metody lub certyfikacie CE/IVD	
Etapy procedury wykonywane poza Laboratorium:	
Uwagi (w tym zmiany właściwości próbki, które mogą mieć wpływ na wynik badania, jakość i ilość wyizolowanego DNA itp):	

Wyniki diagnostyki:

Nazwa badanego markera / genu / locus:	Gen (NM_XXXXX), eksony, locus genowe, polimorfizmy...	
WYNIK:		
Interpretacja wyniku:		
Niezbędna jest porada genetyczna w celu dokładnego omówienia uzyskanego wyniku oraz określenia ryzyka genetycznego.		
Podpis osoby wykonującej badanie	Imię i nazwisko osoby autoryzującej badanie	

* w przypadku osoby nie posiadającej numeru PESEL należy podać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta/przedstawiciela ustawowego
 UWAGA: Zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka, jedyną osobą upoważnioną do odbioru wyników jest lekarz zlecający.