Medyczne Laboratorium Genetyczne
Centralny Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Centrum Kliniczno-Dydaktyczne UM w Łodzi
92-213 Łódź, ul. Pomorska 251
budynek A1 poziom 9

Zakład: tel. 42 272 57 67
katedra.genetyki@umed.lodz.pl
Poradnia: tel. 42 272 53 53; 42 272 53 55

ZLECENIE BADANIA GENETYCZNEGO

data……

PACJENT:				JEDNOSTKA ZLECAJĄCA:
Imię i nazwisko (litery drukowane): ……				DANE: nazwa, dokładny adres, NIP i REGON:
Data urodzenia: ……				
PESEL:				
PŁEĆ:	Kobieta	Mężczyzna	Nieznana	
Dokładny adres pacjenta:				Pieczęć i podpis lekarza kierującego, **kontakt**:
Kontakt telefoniczny, mailowy:				Miejsce przesłania wyniku (lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku)
Jeśli brak numeru PESEL - dane innego dokumentu tożsamości:				**Zgoda na pokrycie kosztów świadczenia:**

MATERIAŁ:				INFORMACJE O BADANIU:
…… osoba pobierająca materiał …… data i godzina pobrania materiału				***Zlecone świadczenia / badania**, cel (weryfikacja rozpoznania klinicznego, określenie stanu nosicielstwa, badanie przedkliniczne):
				ROZPOZNANIE / WSKAZANIE DO BADANIA:
krew obwodowa -		nasienie -		*Informacja o leczeniu pacjenta; ew. przeszczepy; transfuzje:
wycinek skóry -		genomowy DNA		
szpik kostny -		mocz -		
inny materiał -				*wywiad rodzinny (obciążenia genetyczne w rodzinie):
data i godzina przyjęcia materiału przez laboratorium:		Imię i nazwisko osoby przyjmującej materiał		

* - w razie potrzeby prosimy kontynuować na następnej stronie