

**ZLECENIE NA BADANIE MOLEKULARNE**

**DANE PACJENTA**

Imię i nazwisko (drukowanymi literami):

.....  
.....

PESEL

data urodzenia (dz/m/r)...../...../.....

Płeć:  żeńska  męska  nieznana

Pochodzenie etniczne:.....

Adres i telefon kontaktowy.....

.....  
.....

**DANE JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ**

Nazwa i adres jednostki:

.....  
.....  
.....  
.....

Fax.....

Imię i nazwisko lekarza kierującego (pieczęć i podpis)

.....

Dane kontaktowe:

tel:..... e-mail:.....

**ISTOTNE DANE KLINICZNE, INNE UWAGI**

Aktualny wynik badania krwi:

HbA<sub>2</sub>.....HbF.....

inny wariant hemoglobiny.....

RBC.....Hb.....Ht.....MCV.....

MCH.....MCHC.....

RDW.....Retikulocyty.....Fe.....

**Aktualne rozpoznanie lub podejrzenie choroby, objawy kliniczne:**

.....  
.....

**Wcześniejsze badania molekularne u pacjenta lub członków jego rodziny:**

.....  
.....

**INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM**

**Rodzaj materiału:**

krew obwodowa  inne: .....

Data pobrania materiału: (dz/m/r)...../...../.....

**Informacja o transfuzji:**

Wykonano transfuzje u pacjenta w ciągu ostatnich 3 miesięcy:

tak\*  nie

\*W przypadku odpowiedzi pozytywnej prosimy o kontakt z pracownią.

- Krew obwodowa pobrana na EDTA: 2 probówki po 2 ml
- Etykieta probówki:
  - nazwisko i imię pacjenta
  - PESEL /data urodzenia
  - data pobrania materiału
- Transport materiału: 2-8°C

*Uwaga:*

*Prosimy o dołączenie wypełnionej i podpisanej deklaracji świadomej zgody pacjenta na wykonanie badań genetycznych.*

**INFORMACJE O ZLECONYM BADANIU**

- badanie podstawowe w kierunku alfa-talasemii i hemoglobinopatii (MLPA (mutacje delecyjne + Constant Spring) oraz gap PCR (dla wybranych, podstawowych mutacji))

- badanie uzupełniające sekwencjonowanie genów HBA1 i HBA2 alfa globiny

- badanie podstawowe w kierunku beta-talasemii i hemoglobinopatii ( w tym HbS, HbC, HbE) (wykrywanie delecji Δ619bp oraz sekwencjonowanie genu betaglobiny)

- badanie uzupełniające MLPA, gapPCR + sekwencjonowanie hybrydy delta-betaglobiny (hemoglobina Lepore)

Podpis i pieczęć osoby wyrażającej zgodę na pokrycie kosztów badań [Dyrektor / Główny Księgowy]

*Wypełnia pracownik laboratorium:*

Data i godzina przyjęcia materiału do badań.....

Numer próbki nadany w Księdze Pracowni Analitycznej.....

Podpis osoby przyjmującej materiał do badań.....