

Data: ____/____/20____ r.

Pieczęć jednostki zlecającej**SKIEROWANIE NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE W KIERUNKU NIEDOBORU ALFA-1 ANTYTRYPSYNY**

do Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc,
01-138 WARSZAWA, ul. Płocka 26
tel. (22) 43-12-105; -158; fax. (22) 43-12-358
e-mail: immuno@igichp.edu.pl

Podstawą do wykonania badania jest kompletne i czytelnie wypełnione skierowanie

Nazwisko i imiona Pacjenta

Adres zamieszkania Pacjenta/
oddział szpitalny

Data urodzenia: ____ - ____ - ____

PESEL

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

płeć*

 K M

Stopień

pokrewieństwa*:

 pacjent matka pacjenta ojciec pacjenta siostra pacjenta brat pacjenta

inny: _____

Nazwisko i imię krewnego

z wrodzonym niedoborem AAT: _____

Rozpoznanie kliniczne oraz informacje dodatkowe:

Podstawowa choroba płuc: _____

Inne rozpoznanie: POChP Rozedma Astma Rozstrzenie oskrzeli Przewlekłe zapalenie oskrzeli
 Inne _____

Palenie tytoniu*: nigdy nie palący były palacz obecnie pali Liczba papierosów: ____ na dzień przez ____ latStężenie AAT w surowicy krwi : _____ [mg/dl] nie oznaczano

**KONIECZNE JEST ZAŁĄCZENIE „DEKLARACJI ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH I PRZECHOWYWANIE
POBRANEGO MATERIAŁU W DIAGNOSTYCE WRODZONEGO NIEDOBORU ALFA-1 ANTYTRYPSYNY (AATD)”**

	Badanie*	Materiał*
1	<input type="checkbox"/> Określenie fenotypu i genotypu AAT	<input type="checkbox"/> Krew pełna pobrana na skrzep <input type="checkbox"/> Krew pełna pobrana na EDTA <input type="checkbox"/> Krew pobrana na bibułę**

*zaznaczyć odpowiednie

**dla jednego pacjenta należy przygotować 2 karty zawierające po 3 plamy krwi na bibule

Data i godzina pobrania materiału-----
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał kliniczny-----
Data i godzina przyjęcia materiału w ZGiK

Miejsce przesłania wyniku badań (jeżeli miejsce przesłania wyniku jest inne niż adres jednostki kierującej) **lub dane osoby
upoważnionej do odbioru wyniku badań:** imię i nazwisko oraz rodzaj i nr dokumentu tożsamości

Dane kontaktowe lekarza zlecającego badanie:

Tel: _____

Fax: _____

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanieMateriał do badań przyjmowany jest od poniedziałku do piątku w godz. 8⁰⁰ – 15⁰⁰

Materiał należy dostarczać do Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej IGiChP, mieszczącego się na IV piętrze
(nad Przychodnią Przyklinikzną)

Kontakt: (22) 43-12-359, -105; dr n. med. Adriana Roży, mgr Katarzyna Duk, mgr Aneta Zdral.