



Laboratorij za klinično  
imunologijo in molekularno  
genetiko

## Vprašalnik ob molekularno genetskem testiranju Atopijski dermatitis (filagrin)

**Z namenom učinkovite interpretacije rezultatov molekularno-genetskega testiranja za mutacije v genu za FLG vas prosimo, da priložite izpolnjen obrazec s podatki bolnika in namenom testiranja. Za dodatna vprašanja kličite 051 332 642.**

POŠILJATELJ:

### OSEBNI PODATKI BOLNIKA

Ime in priimek:

Spol:

Datum rojstva:

Etnična pripadnost:

TIP VZORCA:

Datum odvzema vzorca:

### RAZLOG NAPOTITVE NA GENETSKO TESTIRANJE:

Atopijski dermatitis

Sum na Ichthiosis vulgaris

Pridružene bolezni:

astma

alergijski rinitis

druge alergije:

Družinski član je nosilec mutacije v genu za FLG: navedite katere:

Sorodstveno razmerje preiskovanca do bolnika z mutacijo v genu za FLG:

starši

sorojenci

drugo

Sorodniki s podobno kožno prizadetostjo ali alergijo (navedite sorodstveno razmerje in klinično sliko prizadetosti):

Drugi razlogi:

Obrazec izpolnil:

Telefon ali e-naslov kontaktne osebe:

Datum: