



Laboratorij za klinično imunologijo in molekularno genetiko

## Vprašalnik ob molekularno genetskem testiranju Cistična fibroza

**Z namenom učinkovite interpretacije rezultatov molekularno-genetskega testiranja za cistično fibrozo 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:

- Sum na CF
- Prenatalna diagnostika: pri starših ugotovljene mutacije so:
- Družinski član je nosilec mutacije za CF: navedite katere:
  - Sorodstveno razmerje preiskovanca do bolnika z mutacijo za CF:
    - starši
    - sorojenci
    - drugo
- Partner je prenašalec mutacij za CF: navedite katere:
- Drugi razlogi:

**Klinični sum na cistično fibrozo** (prosimo, če izpolnite v primeru dostopnosti podatkov)

- hiperehogeno črevo pri prenatalnem UZ
- mekonijski ileus ob rojstvu
- pilokarpinska iontoforeza pozitivna
- nezadostno delovanje trebušne slinavke
- prizadetost pljuč
- diseminirane bronhiektazije
- kronični rinosinusitis
- nosna polipoza
- moška neplodnost
  - spremembe vas deferens (odsotnost, atrofija, fibroza)
  - druge oblike obstruktivne azoospermije: prosim navedite
  - neobstruktivna azoospermija
- drugi klinični znaki ali simptomi:

Obrazec izpolnil:

Telefon ali e-naslov kontaktne osebe:

Datum: