

Vprašalnik ob molekularno genetskem testiranju Sekvenciranje nove generacije

Laboratorij za klinično imunologijo in molekularno genetiko

Z namenom učinkovite interpretacije rezultatov kliničnega eksomskega sekvenciranja vas prosimo, da priložite izpolnjen obrazec z zahtevanimi podatki. 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:

SIMPTOMI (po HPO klasifikaciji <http://compbio.charite.de/hpweb/showterm?id=HP:0000118>):

STAROST OB NASTOPU SIMPTOMOV:

PRIDRUŽENE BOLEZNI:

SORODNIKI S PODOBNIMI SIMPTOMI:

Sorodstveno razmerje (oče, mati...):

Simptomi:

DRUGO:

OBRAZEC IZPOLNIL:

Telefon ali e-naslov kontaktne osebe:

Datum: