



Laboratorij za klinično
imunologijo in molekularno
genetiko

Vprašalnik ob molekularno genetskem testiranju ob sumu na Hereditarni angioedem

Z namenom učinkovite interpretacije rezultatov molekularno-genetskega testiranja ob sumu na hereditarni angioedem vas prosimo, da priložite izpolnjen obrazec s podatki bolnika in namenom testiranja. Za dodatna vprašanja kličite na 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:

- Koncentracija serumskih markerjev: C4: _____; C1-inh: _____; C1q: _____;
- Aktivnost C1-inh: _____;
- Fenotip (prosimo opišite): _____;
- Družinski član je nosilec mutacije v genu *SERPING1, F12*: navedite katere:
 - Sorodstveno razmerje preiskovanca do bolnika z mutacijo v genu *SERPING1, F12*:
 - starši
 - sorojenci
 - drugo
 - Fenotip pri sorodniku(ih) z mutacijo v genu *SERPING1, F12*:
- Drugi razlogi (prosimo navedite):

Obrazec izpolnil:

Telefon ali e-naslov kontaktne osebe:

Datum: