



НАЦИОНАЛНА ГЕНЕТИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ
СБАЛАГ "МАЙЧИН ДОМ" ЕАД
 Ул. "Здраве" № 2, гр. София, 1431
 Тел: (+ + 359) 2 9172 268 Факс: (+ + 359) 2 9172 469
 web: www.genetika.maichindom.com, www.lmpbg.org
 E-mail: ngl@abv.bg

ПОСЛЕРОДОВА
ХРОМОЗОМНА ДИАГНОСТИКА
 РЕГ.№ _____

ПОРЪЧКА за ИЗВЪРШВАНЕ на ПОСЛЕРОДОРВА ХРОМОЗОМНА ДИАГНОСТИКА:

ДИАГНОЗА:

ПАЦИЕНТ: [_____]
трите имена

[____ / ____ / ____] [_____] [_____]
дата на раждане месторождение етнос

1. ИНФОРМАЦИЯ ЗА СЕМЕЙСТВОТО:

<i>Майка:</i>			<i>Баща:</i>		
[_____]			[_____]		
<i>трите имена</i>			<i>трите имена</i>		
[____ / ____ / ____]	[_____]	[_____]	[____ / ____ / ____]	[_____]	[_____]
<i>дата на раждане</i>	<i>месторождение</i>	<i>етнос</i>	<i>дата на раждане</i>	<i>месторождение</i>	<i>етнос</i>
[_____]					
<i>пълен домашен адрес на семейството</i>					
[_____]		[_____]	[_____]		
		<i>телефон</i>	<i>e-mail</i>		

2. ИНФОРМАЦИЯ ЗА ИЗХОДА НА БРЕМЕННОСТИТЕ В СЕМЕЙСТВОТО:

РЕГИСТРИРАНИ БРЕМЕННОСТИ: (бр:.....)	I ^{ва}	II ^{ра}	III ^{-та}	IV ^{-та}	V ^{-та}
Година :					
+ Здраво дете					
+ Болно дете					
+ Мъртвородено					
+ Починало					
+ Преждевременно раждане – срок:					
+ Спонтанна загуба на плода – срок:					
+ Аборт по медицински показания – срок:					
+ Абот по желание					
+ Асистирана репродукция – уточнете:					
+ Данни за хромозомна болест					

3. НАЧЕРТАЙТЕ РОДОСЛОВНО ДЪРВО: **4. КЛИНИЧНА ИНФОРМАЦИЯ:**

[_____]

Вродени аномалии: [_____]

Дисморфични белези: [_____]

Ръст: [_____] Тегло: [_____]

Обиколка на главата: [_____] Психометрия (IQ): [_____]

Клинични симптоми: /Опишете накратко водещите симптоми!/ [_____]

Фамилни данни за хромозомна болест / вродена малформация (уточнете каква е родствена връзка с пациента и малформацията)

НАСОЧВАЩ ЛЕКАР: [_____] [____ / ____ / ____] [_____]
/име, фамилия/ /дата/ /подпис/

[_____] [_____] [_____]
/здравно заведение /клиника/ /адрес/ /телефон/