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

МУСКУЛНИ ДИСТРОФИИ
тип ПОЯС-КРАЙНИК

РЕГ.No_____

❒ **LGMD 2A / Калпаинопатия** ❒ **LGMD 2C / Саркогликанопатия**

ПОРЪЧКА за ИЗВЪРШВАНЕ на ДНК АНАЛИЗ с цел:

❒ Диагноза ❒ Информативност ❒ Изследване за носителство ❒ Предклинична диагноза ❒ ДНК банка

ПАЦИЕНТ: [_____]
трите имена

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

1. ИНФОРМАЦИЯ ЗА СЕМЕЙСТВОТО:

Майка:	***Баща:***
[_____] ***трите имена***	[_____] ***трите имена***
[_____ /_____ /_____][_____] [_____] *дата на раждане* *месторождение* *етнос*	[_____ /_____ /_____][_____] [_____] *дата на раждане* *месторождение* *етнос*

[_____
пълен домашен адрес на семейството

_____] [_____] [_____]
телефон *e-mail*

2. КРЪВ ОТ РОДСТВЕНИЦИ НА БОЛНИЯ:

N	*Трите имена*	*Дата на раждане*	*Роднинска връзка с пробанда*
4			
5			
6			
7			

3. НАЧЕРТАЙТЕ РОДОСЛОВНО ДЪРВО:

4. КЛИНИЧНА ИНФОРМАЦИЯ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

****

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

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