



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

МУКОВИСЦИДОЗА

РЕГ.№ _____

ПОРЪЧКА за изолиране на ДНК с цел:

- Диагноза Информативност Изследване за носителство Предклинична диагноза ДНК банка

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>пълн домашен адрес на семейството</i>					
[_____]			[_____]		
<i>телефон</i>			<i>e-mail</i>		

2. КРЪВ ОТ РОДСТВЕНИЦИ НА БОЛНИЯ:

<i>N</i>	<i>Трите имена</i>	<i>Дата на раждане</i>	<i>Роднинска връзка с пробанда</i>
4			
5			
6			
7			
8			

3. НАЧЕРТАЙТЕ РОДОСЛОВНО ДЪРВО:

4. КЛИНИЧНА ИНФОРМАЦИЯ

ПОТЕН ТЕСТ:

- I^{VI} ПОТЕН ТЕСТ: [____] mM/I CL
 II^{PM} ПОТЕН ТЕСТ: [____] mM/I CL
 IIITM ПОТЕН ТЕСТ: [____] mM/I CL

СТЕАТОРЕЯ:

- НЯМА
 20 -40 MG
 < 20 MG
 > 40 MG

НАЧАЛО	НОВОРОДЕНО	БЯЛ ДРОБ	ИНФЕКЦИИ	Ro БЯЛ ДРОБ	ПАНКРЕАС	ЧЕРЕН ДРОБ	ПОЧИНАЛ
<input type="checkbox"/> С раждане	<input type="checkbox"/> норма	<input type="checkbox"/> норма	<input type="checkbox"/> няма	<input type="checkbox"/> норма	<input type="checkbox"/> норма	<input type="checkbox"/> норма	<input type="checkbox"/> до 1 г.
<input type="checkbox"/> До 1 мес.	<input type="checkbox"/> мек.илеус	<input type="checkbox"/> кашлица	<input type="checkbox"/> <i>St.Aureus</i>	<input type="checkbox"/> ателектаза	<input type="checkbox"/> стеаторея	<input type="checkbox"/> увеличен	<input type="checkbox"/> до 3 г
<input type="checkbox"/> До 3 мес.	<input type="checkbox"/> жълтеница	<input type="checkbox"/> диспнея	<input type="checkbox"/> <i>Ps.Aeruginosa</i>	<input type="checkbox"/> бронхит	<input type="checkbox"/> кисти	<input type="checkbox"/> намален	<input type="checkbox"/> до 7 г
<input type="checkbox"/> До 6 мес.	<input type="checkbox"/> не наддава	<input type="checkbox"/> тахепнея	<input type="checkbox"/> <i>H.Influenza</i>	<input type="checkbox"/> пневмония	<input type="checkbox"/> диабет	<input type="checkbox"/> хр. хепатит	<input type="checkbox"/> 14 г
<input type="checkbox"/> До 1 год.	<input type="checkbox"/> прол. ректум	<input type="checkbox"/> астма	<input type="checkbox"/> <i>Candida</i>	<input type="checkbox"/> пневмотор.		<input type="checkbox"/> цироза	<input type="checkbox"/> 18 г
<input type="checkbox"/> Над 1 год.	<input type="checkbox"/> респ. дистрес	<input type="checkbox"/> наз.полип	<input type="checkbox"/> други бакт.	<input type="checkbox"/> енфизем			

НАСОЧВАЩ ЛЕКАР: [_____] [____ / ____ / ____] [_____]

/име, фамилия/

/дата/

/подпис/

[_____] [_____] [_____]

/здравно заведение /клиника/

/адрес/

/телефон/