



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

ПЕРФЕРНИ НЕВРОПАТИИ

CMT / HMSN

РЕГ.№ _____

CMT1A / HNPP

CMT1B MPZ

CMT2A MFN2

CMT X1 CX32

DI-CMTC YARS

CMT 2D GARS

CMT 4D / HMSNL

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:

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

3. НАЧЕРТАЙТЕ РОДОСЛОВНО ДЪРВО:

4. КЛИНИЧНА ИНФОРМАЦИЯ:

.....

.....

.....

.....

.....

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

/име, фамилия/

/дата/

/подпис/

[_____] [_____] [_____]

/здравно заведение /клиника/

/адрес/

/телефон/