



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

ФЕНИЛКЕТОНУРИЯ

РЕГ. No _____

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:

Положителен Гътри тест Концентрация на фенилаланин [_____] mg/% [**< 3.0 mg%**]

изоставане в невропсихическото развитие

повръщане необичайна миризма стеноза на пилора

обриви раздразнимост няма

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

/име, фамилия/

/дата/

/подпис/

[_____] [_____] [_____]

/здравно заведение /клиника/

/адрес/

/телефон/