



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.enetika.maichindom.com, www.lmpbg.org
 E-mail: ngl@abv.bg

ХЕМОФИЛИЯ А

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:

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

3. НАЧЕРТАЙТЕ РОДОСЛОВНО ДЪРВО:

4. КЛИНИЧНА ИНФОРМАЦИЯ:

НАЧАЛО	ПЪРВИ ПРИЗНАЦИ
<input type="checkbox"/> до 3 мес	<input type="checkbox"/> Кефалхематом при вакуумекстракция
<input type="checkbox"/> до 6 мес.	<input type="checkbox"/> При прорязване на зъбки
<input type="checkbox"/> до 12 мес.	<input type="checkbox"/> Bettered baby syndrome
<input type="checkbox"/> до 2 г.	<input type="checkbox"/> При прохождение-ставни кръвоизливи
<input type="checkbox"/> след 2 г.	<input type="checkbox"/> След прохождение

Годишно се преливат _____ U Фактор VIII

АКТИВНОСТ FVIII	ИНХИБИТОР	ХАРАКТЕР НА КРЪВОИЗЛИВИТЕ	ЛЕЧЕНИЕ/ИНФУЗИИ	СПОНТАННИ КРЪВОИЗЛИВИ	ДИСМЕНОРЕЯ
<input type="checkbox"/> FVIII:C < 1 %	<input type="checkbox"/> няма	<input type="checkbox"/> ставни и/или мускулни	<input type="checkbox"/> на F VIII концентрати	<input type="checkbox"/> майка	<input type="checkbox"/> майка
<input type="checkbox"/> FVIII:C = 1 - 2 %	<input type="checkbox"/> има (BU)	<input type="checkbox"/> хемартрози /бр/	<input type="checkbox"/> на плазма	<input type="checkbox"/> сестра	<input type="checkbox"/> сестра
<input type="checkbox"/> FVIII:C = 2 - 10 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> мозъчни /бр./	<input type="checkbox"/> 1x месечно или по - често	<input type="checkbox"/> баба	<input type="checkbox"/> баба
<input type="checkbox"/> FVIII:C > 20 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> кожно - лигавични	<input type="checkbox"/> веднъж на 3 месеца или <	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> хематурия	<input type="checkbox"/> 1x годишно или никога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

/име, фамилия/

/дата/

/подпис/

[_____] [_____] [_____]

/здравно заведение /клиника/

/адрес/

/телефон/