



НАЦИОНАЛНА ГЕНЕТИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ
СБАЛАГ "МАЙЧИН ДОМ" ЕАД
 Ул. "Здраве" № 2, гр. София, 1431
 Тел: (+ + 359) 2 9172 268 Факс: (+ + 359) 2 9172 469
 web: *genetika.maichindom.com, www.lmpbg.org*
 E-mail: *ngl@abv.bg*

СПИНАЛНА
МУСКУЛНА АТРОФИЯ
 РЕГ.№ _____

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:

<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:

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

3. НАЧЕРТАЙТЕ РОДОСЛОВНО ДЪРВО:

4. КЛИНИЧНА ИНФОРМАЦИЯ:

SCK-Total [_____] IU/l.
 MB-SCK [_____] U/i

СПОНТАННА АКТИВНОСТ
 Времетраене /амплитуда по двиг.ед:

 Скорост на провеждане:

ЕМГ: Мускули
ТИП ЕМГ:
 Междинен Интерферентно Отделни АП

ХИСТОПАТОЛОГИЯ:
 Да Не Приложи описание!

НАЧАЛО	МУСКУЛНА СЛАБОСТ	ДРУГИ МУСКУЛНИ ГРУПИ	НАРУШЕНА СТАТИКА	ЗАТРУДНЕНИ ДВИЖЕНИЯ
<input type="checkbox"/> С раждане	<input type="checkbox"/> На трупа	<input type="checkbox"/> Очни	<input type="checkbox"/> Не контролира главата	<input type="checkbox"/> Не ходи
<input type="checkbox"/> Предимно горни	Предимно <input type="checkbox"/> горни <input type="checkbox"/> долни	<input type="checkbox"/> Лицеви	<input type="checkbox"/> Слаби спонтанни движения	<input type="checkbox"/> При изкачване на стълба
<input type="checkbox"/> До 12 мес.	<input type="checkbox"/> Предимно дистално	<input type="checkbox"/> Диафрагма	<input type="checkbox"/> Не седи	<input type="checkbox"/> При изправяне от клек
<input type="checkbox"/> До 18 мес.	<input type="checkbox"/> Предимно проксимално	<input type="checkbox"/> Миокард	<input type="checkbox"/> Не стои	<input type="checkbox"/> При скачане
<input type="checkbox"/> След 2 г.	<input type="checkbox"/> Предимно проксимално	<input type="checkbox"/> Нито един	<input type="checkbox"/> Няма	<input type="checkbox"/> При тичане
<input type="checkbox"/> След	<input type="checkbox"/> Симетрично			<input type="checkbox"/> Патешка походка
РАЗСТРОЙСТВА	ДРУГИ СИМТОМИ	РЕФЛЕКСИ	ПОЧИНАЛО ДЕТЕ	УМСТВЕНО ИЗОСТАВАНЕ
<input type="checkbox"/> Центр. Двигат.	<input type="checkbox"/> Фасцикулация език	<input type="checkbox"/> Коленни - намалени	<input type="checkbox"/> До 1 година	<input type="checkbox"/> Умствено изостава
<input type="checkbox"/> Сетивност	<input type="checkbox"/> Тремор на ръцете	<input type="checkbox"/> Коленни - липсват	<input type="checkbox"/> До 2 години	<input type="checkbox"/> IQ (Kor) [_____]
<input type="checkbox"/> Слух	<input type="checkbox"/> Arthrogryposis	<input type="checkbox"/> Ахилесови - намалени	<input type="checkbox"/> Над 2 години	<input type="checkbox"/> Нито един
<input type="checkbox"/> Зрение	<input type="checkbox"/> Нито един	<input type="checkbox"/> Ахилесови - липсват	<input type="checkbox"/> Над 14 години	

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

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