



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*

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:

<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>телефон</i>		<i>е-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			

3. НАЧЕРТАЙТЕ РОДОСЛОВНО ДЪРВО:

4. КЛИНИЧНА ИНФОРМАЦИЯ:

.....

.....

.....

.....

.....

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

/име, фамилия/

/дата/

/подпис/

[_____] [_____] [_____]

/здравно заведение /клиника/

/адрес/

/телефон/