

**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

ВРОДЕНИ ГРЕШКИ НА ОБМЯНАТА

Per. No _____

Попълва се в Лабораторията

ПОРЪЧКА

задължително се придружава от "ЗАЯВКА ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ГЕНЕТИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ"

ПРИЕМАНЕ НА МАТЕРИАЛИ ОТ 9.30 ДО 12 ЧАСА ОТ ПОНЕДЕЛНИК ДО ПЕТЪК

ПОПЪЛНЕТЕ ВСИЧКИ ПОЗИЦИИ! ПОРЪЧКИ С ПРОПУСКИ СЕ ВРЪЩАТ НЕЗАБАВНО!**ПОПЪЛВА СЕ ОТ НАСОЧВАЩИЯ ЛЕКАР****ВЗЕМЕТЕ МАТЕРИАЛ ЗА АНАЛИЗ ПРЕДИ ДА ЗАПОЧНЕТЕ ЛЕЧЕНИЕТО****ОТ НОВОРОДЕНИ:**

5 ml УРИНА- еднократна

3 ml КРЪВ с ЕДТА

КРЪВ - ФКУ-бланка - ½ час СЛЕД НАХРАНВАНЕ

20 ml

5 ml

ОТ ВСИЧКИ ПАЦИЕНТИ НАД 1 МЕСЕЦ:

УРИНА- 24 часова (по изключение от 2 порции)

КРЪВ с ЕДТА, доставя се същия ден в

лабораторията!

ПАЦИЕНТ: [_____] Пол: м / ж [] [] []
трите имена (с печатни букви) дата на ражданеАДРЕС: [_____] [_____]
Пълен адрес (окръг/населено място/улица№/пощенски код) ТелефонЕТНИЧЕСКИ ПРОИЗХОД: Български Турски Ромски Друг: [_____]

	МАЙКА:		БАЩА:
ТРУДОВА ЗАЕТОСТ:	<input type="checkbox"/> Безработна <input type="checkbox"/> Работи		<input type="checkbox"/> Безработен <input type="checkbox"/> Работи
ОБРАЗОВАНИЕ:	<input type="checkbox"/> Висше <input type="checkbox"/> Средно <input type="checkbox"/> Основно		<input type="checkbox"/> Висше <input type="checkbox"/> Средно <input type="checkbox"/> Основно
ПРОФЕСИЯ:	[_____]		[_____]

В СЕМЕЙСТВОТО:

	брой		
Аборти по желание	[]	М	Ж
Аборти спонтанни	[]	[]	[]
Аборти медицински	[]	[]	[]
Мъртвородени деца	[]	[]	[]
Деца болни	[]	[]	[]
Деца починали	[]	[]	[]
Деца здрави	[]	[]	[]
ОБЩО БРЕМЕННОСТИ	[]		
КРЪВНО РОДСТВО	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА (уточнете):		
	[_____]		

НАЧЕРТАЙТЕ РОДОСЛОВНОТО ДЪРВО:

БОЛНИ В РОДА ОТ СЪЩАТА БОЛЕСТ

НЕ ДА (уточнете): [_____]

ОПИШЕТЕ ХРАНИТЕЛНИЯ РЕЖИМ НА ПАЦИЕНТА В ПОСЛЕДНИТЕ 48 ЧАСА:

Парентерално _____

Смесено _____

Орално _____

ИЗПРАЩА СЕ МАТЕРИАЛ

УРИНА- от 24 часова

УРИНА- не 24 часова

ПЛАЗМА/Серум

КРЪВ- с ЕДТА

КРЪВ ФКУ- бланка

Друг: [_____]

ПРИЛАГАНИ ЛЕКАРСТВА И ИНФУЗИИ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 48 ЧАСА

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. НА ПАЦИЕНТА НЕ СА ПРИЛАГАНИ МЕДИКАМЕНТИ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 48 ч.

КЛИНИЧНИ
 ДИАГНОЗИ

ПОРЪЧАЛ д-р [_____] [_____] ДАТА: [] [] []
 _____ Име/Фамилия _____ подпис _____ ден мес год
 _____ болница, клиника/ отделение _____ пълнен адрес за изпращане на резултатите _____ Телефон

Внимание ! КЛИНИЧНАТА И ЛАБОРАТОРНА ИНФОРМАЦИЯ СА ОТ РЕШАВАЩО ЗНАЧЕНИЕ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Na+ [] mmol/l (<133)	pH [] (7.3 - 7.4)	Glucose [] mmol/l (2.50 - 5.50)	Thr [] x 10 ³
Cl- [] mmol/l (96 - 107)	pCO ₂ [] mmHg (27 - 41)	Lactate [] mmol/l (< 2.2)	Ret [] x % o
HCO ₃ - [] mmol/l (17 - 24)	SB [] mmol/l (21 - 25)	Амоняк [] mmol/l (< 49)	Leu [] x 10 ³
K+ [] mmol/l (3.5 - 5.8)	BE [] mmol/l (+/- 2.5)	Hb [] g/l	Er [] x 10 ⁶
AGap [] mmol/l (< 20)	Ca [] mmol/l (1.70 - 2.74)	<input type="checkbox"/> Клетки на натрупването []	
ALAT [] IU/ml (< 20)	ASAT [] IU/ml (< 20)	Кисела фосфатаза [] IU/ml	КК [] IU/ml

АКО ОТ ГРУПАТА СИМПТОМИ НЕ ОТКРИТЕТЕ В ПАЦИЕНТА НИТО ЕДИН, ЗАЧЕРТАЙТЕ " НИТО ЕДИН "

<p>1. НАЧАЛО НА БОЛЕСТТА</p> <p>1 <input type="checkbox"/> С раждането</p> <p>2 <input type="checkbox"/> В първите часове</p> <p>3 <input type="checkbox"/> В първите дни</p> <p>4 <input type="checkbox"/> След една седмица</p> <p>5 <input type="checkbox"/> След един месец</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Между 1 и 2 години</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Между 2 и 3 години</p> <p>8 <input type="checkbox"/> След 3 години</p>	<p>3. НЕВРОЛОГИЧНИ I</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Кома</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Летаргия</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Гърчове</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Конвулсии</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Хипотония</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Атетоза</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Хипертония</p> <p>8 <input type="checkbox"/> НИТО ЕДИН</p>	<p>4. НЕВРОЛОГИЧНИ II</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Енцефалит</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Мозъчен калцификат</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Мозъчна съдова болест</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Спастична парапареза</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Микроцефалия</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Агресивност</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Атаксия</p> <p>8 <input type="checkbox"/> НИТО ЕДИН</p>	<p>5. УМСТВЕНО РАЗВИТИЕ</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Нормално IQ (КоР) > 80</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ИЗОСТАВА IQ (КоР) 79-70</p> <p>3 <input type="checkbox"/> ИЗОСТАВА IQ (КоР) 69-50</p> <p>4 <input type="checkbox"/> ИЗОСТАВА IQ (КоР) 49-35</p> <p>5 <input type="checkbox"/> ИЗОСТАВА IQ (КоР) 34-20</p> <p>6 <input type="checkbox"/> ИЗОСТАВА IQ (КоР) < 20</p> <p>7 <input type="checkbox"/> ИЗОСТАВА</p> <p>8 <input type="checkbox"/> НЕ Е ИЗСЛЕДВАНО</p>
<p>2. ХАРАКТЕР</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Непрогресиращ</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Прогресиращ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Пристъпен непргресиращ</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Пристъпен прогресиращ</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Бавен прогресиращ</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Внезапно (светъл период)</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Катастрофално</p> <p>8 <input type="checkbox"/> НЕОПРЕДЕЛЕН</p>	<p>6. ОЧИ, УШИ, ЛИЦЕ</p> <p>1 <input type="checkbox"/> "Черешово петно"</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Катаракта</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Мътна роговица</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Слепота</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Офталмоплегия</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Глухота</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Лицева дисморфия</p> <p>8 <input type="checkbox"/> НИТО ЕДИН</p>	<p>7. ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИ</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ставни контрактури</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Дизостозис мултипл.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Изоставане в ръста</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Гръбначни аномалии</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Рахит</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Остеопороза</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Артрит</p> <p>8 <input type="checkbox"/> НИТО ЕДИН</p>	<p>8. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Жълтеница</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Хепатомегалия</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Спленомегалия</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Цироза</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Повръща</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Диария</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Асцит</p> <p>8 <input type="checkbox"/> НИТО ЕДИН</p>
<p>9. ХЕМАТОЛОГИЧНИ</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Анемия</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Мегалобластна анемия</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Левкопения</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Тромбоцитопения</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Клетки на Gausser</p> <p>6 <input type="checkbox"/> НИТО ЕДИН</p>	<p>10. МЕТАБОЛИТНИ</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Хипогликемия</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Хиперамониемия</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Хиперлактатемия</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Метабол. Ацидоза</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Хипервентилация</p> <p>6 <input type="checkbox"/> НИТО ЕДИН</p>	<p>11. ДРУГИ СИМПТОМИ I</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Кардиомиопатия</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Инфаркт на миокарда</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Хидропс на плода</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Чести инфекции</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Сепсис / Синдром на Raye</p> <p>6 <input type="checkbox"/> НИТО ЕДИН</p>	<p>12. ДРУГИ СИМПТОМИ II</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Бъбречни камъни</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Бъбречна поликистоза</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Дерматози</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Ангиокератоми</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Странна миризма</p> <p>6 <input type="checkbox"/> НИТО ЕДИН</p>

ВНИМАНИЕ !

◆ **НЕЗАВИСИМО ОТ ПОСОЧЕНИТЕ ПО-ГОРЕ КЛИНИЧНИ И ЛАБОРАТОРНИ ДАННИ, МОЛЯ ОПИШЕТЕ ОТДЕЛНО КЛИНИКАТА, КОЯТО ДАВА ОСНОВАНИЕ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ. ПРИБАВЕТЕ ЕПИКРИЗА/И**

◆ **МАРКИРАЙТЕ ЖЕЛАНИТЕ ОТ ВАС ИЗСЛЕДВАНИЯ В "ЗАЯВКА ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ГЕНЕТИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ", ПРИДРУЖАВАЩА ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ПОРЪЧКАТА**

Предал материала: [_____] [_____]

Приел материала: [_____] [_____]

Име, презиме

подпис

Дата: _____