

Ημερομηνία λήψης: _____

Ημερομηνία παραλαβής: _____

ΤΟ ΠΕΔΙΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Στοιχεία Ιατρού ή Κέντρου

Παραπέμπων Ιατρός: _____

Λήπτης Ιατρός: _____

Τηλέφωνα επικοινωνίας: _____

Νοσοκομείο / Κέντρο: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ/ΗΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____ ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΕΠΙΘΕΤΟ ΣΥΖΥΓΟΥ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____ ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____ ΠΟΛΗ: _____ ΤΚ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: _____

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ: _____

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Σημείωση: **ΔΕΝ** μπορούν να ολοκληρωθούν εξετάσεις που δεν περιέχουν τις απαραίτητες κλινικές πληροφορίες του εξεταζόμενου/ης

ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΕΙΝΑΙ: ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΣΠΕΡΜΑ ΠΡΟΪΟΝ ΒΙΟΨΙΑΣ ΑΛΛΟΣ ΙΣΤΟΣ _____

ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ: _____

(Για πιο αναλυτική περιγραφή γυρίστε τη σελίδα και σημειώστε στο πεδίο «ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΕΝΤΡΟ & ΙΣΤΟΡΙΚΟ»)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ΑΝΔΡΙΚΗ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ | <input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ | <input type="checkbox"/> ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ ΖΕΥΓΟΥΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΑΣ |
| <input type="checkbox"/> ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ IVF | <input type="checkbox"/> ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ | <input type="checkbox"/> ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ |
| <input type="checkbox"/> ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ | <input type="checkbox"/> ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ ΘΝΗΣΙΓΕΝΕΣ | |
| <input type="checkbox"/> ΑΛΛΗ ΑΙΤΙΑ _____ | | |

ΓΕΝΩΜΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Πλήρης ανάλυση του ανθρώπινου γονιδιώματος | <input type="checkbox"/> Μοριακός καρυότυπος |
| <input type="checkbox"/> Γενωμική ανάλυση 550 γονιδίων καρκίνων | <input type="checkbox"/> Καρυότυπος λεμφοκυττάρων περιφερικού αίματος |
| <input type="checkbox"/> Γενωμική ανάλυση 200 γονιδίων αμφιβληστροειδοπαθειών | <input type="checkbox"/> Ανάλυση σπέρματος με κυτταρομετρία ροής |
| <input type="checkbox"/> Γενωμική ανάλυση 81 γονιδίων βαρηκοΐας | <input type="checkbox"/> Μικροελλείψεις χρωμοσώματος Y |
| <input type="checkbox"/> Γενωμική ανάλυση 500 γονιδίων επιληψίας | |
| | <input type="checkbox"/> Μικρόβια: _____ |

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Μοριακός γενετικός έλεγχος β-μεσογειακής αναιμίας και HbS |
| <input type="checkbox"/> Μοριακός γενετικός έλεγχος ινοκυστικής νόσου (85% των μεταλλάξεων του Ελληνικού πληθυσμού) |
| <input type="checkbox"/> Μοριακός γενετικός έλεγχος βαρηκοΐας (GJB2, GJB6) |
| <input type="checkbox"/> Μοριακός γενετικός έλεγχος εύθραυστου X (FRAXA, FRAXE) |
| <input type="checkbox"/> Μοριακός γενετικός έλεγχος νωτιαίας μυϊκής ατροφίας (SMA, WERDNIG-HOFFMANN) |
| <input type="checkbox"/> Μοριακός γενετικός έλεγχος μυϊκής δυστροφίας |
| <input type="checkbox"/> Μοριακός γενετικός έλεγχος μυοτονικής δυστροφίας |

ΑΛΛΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Ζητώ και εξουσιοδοτώ το Εργαστήριο της INTERGENETICS-Διαγνωστικό Κέντρο Γενετικής όπως πραγματοποιήσει για λογαριασμό μου τις παραπάνω εξετάσεις στο βιολογικό δείγμα μου. Δηλώνω ότι συναινώ στην εκτέλεση των εξετάσεων, έχω ενημερωθεί από τον γιατρό μου για την εξέταση και έχω κατανοήσει πλήρως τον κίνδυνο και τους περιορισμούς των αιτούμενων εξετάσεων.

1) Οι κλινικές πληροφορίες καθώς επίσης και το οικογενειακό δέντρο που μου ζητήθηκαν είναι ακριβείς απαραίτητες για την ανάλυση και κατ' επέκταση για τη σύνταξη της τελικής έκθεσης αποτελέσματος.

2) Όλα τα αποτελέσματα ή λεπτομέρειες που θα προκύψουν από την ανάλυση μου, είναι εμπιστευτικές πληροφορίες. Δεν μπορεί να γίνει αναπαραγωγή της τελικής έκθεσης για τον οποιοδήποτε τρίτο, χωρίς τη συγκατάθεσή μου, εκτός αν προκύψουν λόγοι δικαστικοί και μόνο με εισαγγελική παρέμβαση.

3) Το δείγμα μου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για θέματα έρευνας, διακρίβωσης ή ακόμα και εκπαίδευσης από το Εργαστήριο, μετά την ολοκλήρωση της εξέτασής μου και αφού αφαιρεθούν όλες οι προσωπικές πληροφορίες και δεδομένα. Αν αρνηθώ τη διάθεση του δείγματος μου για τους παραπάνω σκοπούς, αυτό δε θα επηρεάσει την ολοκλήρωση της εξέτασής μου.

Υπογραφή εξεταζόμενου/ης _____ Ημερομηνία _____

Το παρόν συμπληρώνεται από τον παραπέμποντα ιατρό

Έχω δώσει στον/στην εξεταζόμενο/η το αντίστοιχο φυλλάδιο πληροφόρησης για την αιτούμενη εξέταση, ώστε να ενημερωθεί σχετικά για την εξέταση, τους κινδύνους και τους περιορισμούς αυτής

Όνομα Παραπέμποντος Ιατρού _____ Ημερομηνία/...../.....

Υπογραφή _____ Τηλέφωνα επικοινωνίας _____

Συμπληρώνεται μόνο από τη Γραμματεία Υπηρεσιών

(περιέχει πληροφορίες για το Εργαστήριο)
