

**ΠΑΡΑΠΕΜΤΙΚΟ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΓΙΑ ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΣΗ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΓΕΝΙΑΣ (NGS)
Ή ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΞΟΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ (WES)**

(Αριθμός Παραπομπής: _____)

Πληροφορίες Εξεταζόμενου

Κωδ. Δείγματος: _____ Ημερ. Γέννησης: ____/____/____
Εθνική καταγωγή: _____ Φύλο: ____ Άρρεν ____ Θήλυ
Πόλη/Περιοχή/Χώρα: _____

Παραπέμπων Ιατρός

Ονοματεπώνυμο: _____
Όνομα Κέντρου: _____ ΑΦΜ: _____
Διεύθυνση επικοινωνίας: _____
Τηλ.: _____ Κιν.: _____
Φαξ: _____ E-mail: _____

Έντυπη Συγκατάθεση Εξεταζόμενου για επιστημονική αξιοποίηση βιολογικού υλικού: ____ Ναι ____ Όχι

Έντυπη Συγκατάθεση Εξεταζόμενου για αναφορά δευτερευόντων – τυχαίων ευρημάτων: ____ Ναι ____ Όχι

Υπογραφή Γιατρού

Σφραγίδα

Ημερομηνία

Ζητούμενη Ανάλυση (σημειώστε με Χ ή συμπληρώστε το(τα) γονίδια)

NGS Panel Hered cancer (58 γονίδια) _____ Στοχευμένος Γενετικός Έλεγχος Γονίδιο(α) _____
WES _____

Πληροφορίες Δείγματος

Ημερ. Λήψης Δείγμ.: ____/____/____ Ώρα Λήψης Δειγμ.: _____
Είδος δείγματος: ____ DNA (Συγκέντρωση: ____ Ποσότητα: ____)
____ Περιφ. Αίμα (EDTA), ____ Επίχρισμα παρειάς
____ Άλλο (περιγραφή _____)

Διάγνωση:

(Primary diagnosis)

Άλλες Διαγνώσεις:
(Other, secondary
diagnosis)

Λοιπές Πληροφορίες:

Ατομικό Κλινικό Ιστορικό

Ηλικία εκδήλωσης της νόσου: _____ Δεν νοσεί: _____

Κλινικά ευρήματα σχετικά με την αιτία παραπομπής:

Προηγούμενος γενετικός έλεγχος: _____

Λοιπά κλινικά ευρήματα: _____

Λοιπές πληροφορίες:

Οικογενειακό Ιστορικό : (_____ Επισύναψη οικογενειακού δέντρου)

Συγγενής 1	Συγγένεια:	Διάγνωση:	Φύλο:	Ημερ. Γεν.:	Ηλικία εμφάνισης νόσου:
Συγγενής 2	Συγγένεια:	Διάγνωση:	Φύλο:	Ημερ. Γεν.:	Ηλικία εμφάνισης νόσου:
Συγγενής 3	Συγγένεια:	Διάγνωση:	Φύλο:	Ημερ. Γεν.:	Ηλικία εμφάνισης νόσου:
Συγγενής 4	Συγγένεια:	Διάγνωση:	Φύλο:	Ημερ. Γεν.:	Ηλικία εμφάνισης νόσου:

Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο:

Ημερ. παραλαβής δείγματος ____/____/____, Ώρα παραλαβής _____, Κωδικός Δείγματος Εργαστηρίου _____

Σημειώσεις: _____

Ονοματεπώνυμο Παραλήπτη : _____, Υπογραφή _____