



NAPOTNICA ZA MOLEKULARNO GENETSKO PREISKAVO – GENOTIPIZACIJA DEDNIH SPREMEMB

PODATKI O BOLNIKU

Priimek in ime:	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; text-align: center;">(nalepka)</div>	Spol:	<input type="checkbox"/> ženski	<input type="checkbox"/> moški	
Datum rojstva:		Datum napotnice:	<input type="text"/>		
Št. popisa:		Datum odvzema vzorca:	<input type="text"/>		
Št. družine:		Vrsta vzorca:	<input type="checkbox"/> kri (1x 10 ml epruveta z EDTA)	<input type="checkbox"/> kri (s stabilizatorjem RNA-Tempus)	<input type="checkbox"/> drugo:
Klinična diagnoza:		<input type="checkbox"/> Prednostna obravnava: _____			

RAZLOG NAPOTITVE

osebna anamneza	poz. družinska anamneza		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01. Sindrom dednega raka dojk in/ali jajčnikov	<input type="checkbox"/> neznana različica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02. Sindrom Lynch	<input type="checkbox"/> znana patogena/verjetno patogena različica v družini
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03. Polipoza	gen, različica: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04. Adenomatозна polipoza	prvi testirani v družini/testirani sorodnik: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05. Juvenilna polipoza	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06. Dedni difuzni rak želodca	(št. izvida, priimek in ime)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07. Sindrom Peutz-Jeghers	<input type="checkbox"/> potrditev rezultata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08. Sindrom Li-Fraumeni	št. prejšnjega izvida: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09. Sindrom Cowden	<input type="checkbox"/> reanaliza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Sindrom Von Hippel-Lindau	št. prejšnjega izvida: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Maligni melanom	<input type="checkbox"/> mRNA analiza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Rak prostate	gen, različica, št. prejšnjega izvida: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Rak trebušne slinavke	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Rak ledvic	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Nevrofibromatoza	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Feokromocitom/paragangliom	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Multipli primarni tumorji	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Drugo:	

Opombe:

Priimek in ime napotnega zdravnika: _____ Podpis napotnega zdravnika: _____

IZPOLNI ODDELEK ZA MOLEKULARNO DIAGNOSTIKO

Datum prejema napotnice:

Datum prejema materiala:

Prejel:

Prejel: