

Ημερομηνία λήψης: .....

Ημερομηνία παραλαβής: .....

Κωδικός παραπεμπτικού: .....

Κωδικός εξέτασης: .....

Κωδικός παραπεμπτικού ζεύγους: α) .....  
β) .....

**ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΣ**

Επίθετο: ..... Όνομα: ..... Ημ. γέννησης: .....

**ΖΕΥΓΟΣ**

α) Επίθετο: ..... Όνομα: ..... Ημ. γέννησης: .....

β) Επίθετο: ..... Όνομα: ..... Ημ. γέννησης: .....

Διεύθυνση: ..... Πόλη: ..... Τ.Κ.: ..... Τηλ.: .....

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ**

Όνοματεπώνυμο: ..... Κέντρο: .....

Διεύθυνση: ..... Τ.Κ.: ..... Τηλ.: .....

Ταχυδρομείο:

Διεύθυνση ασθενούς

Παραπέμπων

**ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

- Μυελός  Περιφερικό αίμα  Αμνιακό υγρό  Χοριακές λάχνες  Εμβρυϊκό αίμα  Προϊόν αποβολής
- Τομές παραφίνης  Σπέρμα  Άλλο

**ΖΗΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

- Καρυότυπος μυελού
- Καρυότυπος περιφερικού αίματος
- Καρυότυπος αμνιακού υγρού / QF-PCR
- Καρυότυπος χοριακών λαχνών / QF-PCR
- Καρυότυπος χοριακών λαχνών / QF-PCR
- Καρυότυπος εμβρυϊκού αίματος
- Μοριακή κυτταρογενετική Ανάλυση FISH:

Περιγράψτε: .....

- Μοριακή Ανάλυση PCR:

Περιγράψτε: .....

Να συμπληρώνεται μόνο για προγεννητικό έλεγχο:

T.E.P. .... E.K. (TEP) ..... E.K.(υπέρ.) .....

Μονήρης Κύηση

Δίδυμη Κύηση Αρ. Εμβρύων: .....

**ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ:**

.....

.....

.....

.....

.....

Προηγούμενη κυτταρογενετική εξέταση:

1<sup>η</sup> εξέταση: .....

Καρυότυπος: .....

2<sup>η</sup> εξέταση: .....

Καρυότυπος: .....

Υπαρξη παλαιότερου φακέλου στο LIFE CODE

Ναι  Όχι

Αρ. παλαιότερου φακέλου: .....

Λήψη ιστορικού από: .....