

Направление

<input type="checkbox"/>	ФГБНУ "МГНЦ" 115522 г.Москва, ул.Москоречье, д.1, комн.235 Т. :+7-495-111 03-03. registratura@med-gen.ru
--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Данные о пациенте

(поля д.б. заполнены печатными буквами)

ФИО _____

Дата рождения / / Пол М Ж
Дата взятия образца / / Время взятия образца :
число месяц год число месяц год час мин

Данные направившего врача

(поля д.б. заполнены печатными буквами)

ФИО _____

Учреждение _____

Адрес _____

Телефон (с кодом города) _____ e-mail _____

Тип образца

- Цельная кровь с ЭДТА Моча для количественного и качественного определения ГАГ
 Сухие пятна крови

Вид исследования

- Ферментная диагностика ДНК (поиск мутаций) ГАГ
 LisoGb3

Предполагаемый диагноз

- Болезнь Гоше
 Болезнь Фабри
 Мукополисахаридоз 2 типа

Комментарий (пример: педигри/ФИО/степень родства)

Информированное согласие на диагностику пациента прилагается

Подпись направившего/лечащего врача _____

Заполняется в лаборатории

Дата и время поступления образца _____

ФИО принявшего образец _____

Замечания по состоянию образца _____