

Genetický dotazník

.....
Příjmení, jméno vyšetřované/ho

...../.....
Číslo pojištěnce / datum narození

Pojišť'ovna.....

Diagnóza.....

Razítko odesílajícího lékaře (IČP, odbornost, adresa, telefon, fax, e-mail):

.....
podpis lékaře

Požadované vyšetření:

Důvod vyšetření (Osobní anamnéza)

trombóza/embólie kdy (věk):....
IM kdy (věk):....
CMP kdy (věk):....
obezita BMI >30 primární sterilita

spontánní aborty (2 a více) IUGR
abrupce placenty preeklampsie

HAK HRT vaginální estrogeny

jiné:

Důvod vyšetření (Rodinná anamnéza)

trombóza /embólie

matka kdy (věk):.... otec kdy (věk):.... sourozenec kdy (věk):....
babička kdy (věk):.... děda kdy (věk):.... teta kdy (věk):....
strýc kdy (věk):....

trombofilní mutace v RA kdo z příbuzných:.....
FV Leiden FII Protrombin

IM

matka kdy (věk):.... sourozenec kdy (věk):....
otec kdy (věk):.... jiný člen rodiny: kdy (věk):....

CMP

matka kdy (věk):.... otec kdy (věk):....
sourozenec kdy (věk):.... jiný člen rodiny: kdy (věk):....

jiné (karcinom prsu, další nádory):

typ: kdo z příbuzných: věk manifestace:.....

onemocnění GIT:

kolorektální karcinom kdo z příbuzných: věk manifestace:.....
coeliakie kdo z příbuzných: věk manifestace:.....

Další genetická onemocnění: