

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 estrogény

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

 FV Leiden FII Protrombin kdo z příbuzných:.....

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: