

Cerere de analize genetice

HEMATOLOGIE

Data/...../.....

DATE PACIENT

Nume Prenume

Data nașterii/...../..... Sex CNP

Domiciliu Localitatea

Telefon E-mail

☐ În calitate de client al Genetic Center sunt de acord să mi se preleveze probe biologice, fiind informat de către personalul laboratorului despre tehnica privind recoltarea și posibilele reacții adverse și mă oblig să respect instrucțiunile primite pentru a evita eventualele incidente post-recoltare.

☐ Sunt de acord ca rezultatele să fie transmise pe e-mail medicului curant.

Semnătură pacient

DIAGNOSTIC PREZUMTIV / COMENTARII CLINICE

.....
.....
.....

MEDIC CURANT

Nume Spital

Semnătură E-mail

☐ Sunt de acord ca rezultatele să îmi fie transmise pe e-mail

RECOMANDARE

☐ Analiză mutațională pentru detectarea T315I

Pentru programări vă rugăm să sunați/SMS la 0740200090 – Aura Stoian