

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ/ΗΣ

Ημερομηνία:

ΕΠΙΘΕΤΟ ΕΓΚΥΟΥ:

ΟΝΟΜΑ:

ΗΛΙΚΙΑ:

ΕΠΙΘΕΤΟ ΣΥΖΥΓΟΥ:

ΟΝΟΜΑ:

ΗΛΙΚΙΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΠΟΛΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΙΑΤΡΟΥ:

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Σημείωση: **ΔΕΝ** μπορούν να ολοκληρωθούν εξετάσεις που δεν περιέχουν τις απαραίτητες κλινικές πληροφορίες του εξεταζόμενου/ης

ΤΕΡ:

Ε.Κ (ΤΕΡ):

ΕΚ(ΗΧΟ): ---

ΠΗΣ: ---

ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΑΙΤΙΑ ΛΗΨΗΣ:

ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΧΗΜΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ	ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΟΣΗ	ΛΗΨΗ ΑΠΟ	ΛΗΨΗ ΜΕΧΡΙ

ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΓΕΝΕΤΙΣΤΗ (συμπληρώνεται από τον κλινικό γενετιστή):

ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΜΕΤΡΙΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΛΗΨΗΣ

ΣΥΣΤΗΘΗΚΕ ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

ΛΟΙΜΩΞΗ

- ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟΣ (CMV) ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΑ ΕΡΥΘΡΑ ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑ
 ΙΟΣ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ (HPV) ΧΛΑΜΥΔΙΑ ΙΟΣ ΕΡΠΗΤΑ (HSV 1+2) ΡΑΡΟΝΙΡΟΥΣ Β19
 ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β (HBV) ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C (HCV)
 ΑΛΛΑ: _____

ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΓΕΝΕΤΙΣΤΗ (συμπληρώνεται από τον κλινικό γενετιστή):

- ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕΤΡΙΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
- ΣΥΣΤΗΘΗΚΕ ΜΟΡΙΑΚΟΣ ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
- ΣΥΣΤΗΘΗΚΕ ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΥΠΕΡΧΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

- ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ: ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΩΝ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ:

- ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ: ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΞΟΝΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ:

- ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ:

- ΑΚΤΙΝΟΣΚΟΠΗΣΗ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ:

- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ:

ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΓΕΝΕΤΙΣΤΗ (συμπληρώνεται από τον κλινικό γενετιστή):

- ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕΤΡΙΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
- ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΛΗΨΗΣ
- ΣΥΣΤΗΘΗΚΕ ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΥΠΕΡΧΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Το παρόν συμπληρώνεται από τον παραπέμποντα ιατρό

Έχω ενημερώσει την εξεταζόμενη σχετικά με την εξέταση, τους κινδύνους και τους περιορισμούς

Όνομα Παραπέμποντος Ιατρού

Ημερομηνία

Υπογραφή

Τηλέφωνο επικοινωνίας