



Наименование направляющего учреждения \_\_\_\_\_ Код направляющего учреждения \_\_\_\_\_

Фамилия пациента \_\_\_\_\_ Имя пациента \_\_\_\_\_

Отчество пациента \_\_\_\_\_ Пол пациента  Мужской  Женский

Дата рождения пациента ДД - ММ - ГГГГ \_\_\_\_\_

Контактный телефон пациента  ; врача  Беременность  Да  Нет Срок беременности \_\_\_\_\_ Недель День цикла \_\_\_\_\_ Менопауза  лет

Время взятия образца ЧЧ - ММ \_\_\_\_\_

Дата взятия образца ДД - ММ - 202Г \_\_\_\_\_

Фамилия врача \_\_\_\_\_ И.О. врача \_\_\_\_\_ Код пациента \_\_\_\_\_

Наследственные заболевания \_\_\_\_\_ (указать заболевание) Если «ДА», то с какого возраста \_\_\_\_\_

Наследственные заболевания у родственников \_\_\_\_\_ (указать заболевание) Если "ДА", указать родство \_\_\_\_\_

<p>Вакуумная пробирка с ЭДТА</p> <p><b>ШТРИХКОД ПРОБЫ</b></p> <p>Доставить в лабораторию в первичной пробирке. Не центрифугировать!</p>	<p><b>Исследование крови</b></p> <p><b>ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ • МЕТОДЫ: ПИРОСЕКВЕНИРОВАНИЕ, ПЦР</b></p> <p>Заключение врача-генетика проводится только для услуг, выполняемых в лаборатории CMD. Врач-генетик описывает результат после готовности генетического исследования. При заказе услуги «Заключение врача-генетика» ответьте на вопросы в соответствующем разделе.</p>	<p>приоритет обычный</p>	<p>КРОВЬ с ЭДТА</p>			
<b>НАСЛЕДСТВЕННЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЯИЧНИКОВ</b>						
Наличие онкологического заболевания <input type="checkbox"/> Да Диагноз: _____ <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет данных						
Наличие родственников с онкологическими заболеваниями (при наличии указать возраст выявления заболевания)						
	Мать	Отец	Брат/Сестра	Тетя/Дядя	Бабушка/Дедушка	Другие родственники
<input type="checkbox"/> Рак молочной железы	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет
<input type="checkbox"/> Рак яичников	<input type="checkbox"/> _____ лет		<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет
<input type="checkbox"/> Рак поджелудочной железы	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет
<input type="checkbox"/> Рак предстательной железы		<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет
<input type="checkbox"/> Другие онкологические заболевания	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет	<input type="checkbox"/> _____ лет
<input type="checkbox"/> <b>180011</b> <b>Наследственный рак молочной железы и яичников.</b> Исследование мутаций в генах BRCA 1/2: BRCA1 185delAG, BRCA1 300T>G (C61G), BRCA1 2080delA, BRCA1 4153delA, BRCA1 5382insC, BRCA2 6174delT			<input type="checkbox"/> <b>181011</b> <b>Заключение врача-генетика к услуге «Наследственный рак молочной железы и яичников»</b>			
<b>ФОЛАТНЫЙ ЦИКЛ</b>						
Отмечалось ли повышение уровня гомоцистеина <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Придерживались ли когда-нибудь диеты <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет По собственному желанию <input type="checkbox"/> По указанию врача <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> <b>180016</b> <b>Фолатный цикл.</b> Исследование полиморфизмов в генах: MTHFR (A222V, C>T), MTHFR (E429A, A>C), MTR (D919G, A>G), MTRR (I22M, A>G), SLC19A1 (H27R, A>G)			<input type="checkbox"/> <b>181016</b> <b>Заключение врача-генетика к услуге «Фолатный цикл»</b>			
<b>ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b>						
Менструация с какого возраста _____ Продолжительность _____ Регулярность <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Продолжительность цикла _____						
Приём оральных (гормональных) контрацептивов <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Изменение гормонального статуса <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет						
Гинекологические заболевания _____ Осложнения во время предыдущей беременности _____						
<input type="checkbox"/> <b>180036</b> <b>Генетические факторы риска невынашивания и осложнений беременности.</b> Исследование полиморфизмов в генах: F2 (20210 G>A), F5 (R534Q G>A), MTHFR (E429A, A>C), MTHFR (A222V, C>T), FGB (455 G>A), SERPINE1 (-675 5G>4G), MTR (D919G, A>G), MTRR (I22M, A>G), ESR1 (T>C (PvuII)), ESR1 (A>G (XbaI)), AGT (M268T, T>C), TCF7L2 (IVS3, C>T)			<input type="checkbox"/> <b>181036</b> <b>Заключение врача-генетика к услуге «Генетические факторы риска невынашивания и осложнений беременности»</b>			
<b>МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ</b>						
Длительность бесплодия _____ Концентрация сперматозоидов _____ Данные спермограммы: <input type="checkbox"/> Азооспермия <input type="checkbox"/> Олигозооспермия другое _____ указать _____						
<input type="checkbox"/> <b>180037</b> <b>Мужское бесплодие. Генетическая диагностика азооспермии.</b> Исследование микроделеций в AZF локусе Y хромосомы			<input type="checkbox"/> <b>181037</b> <b>Заключение врача-генетика к услуге «Мужское бесплодие. Генетическая диагностика азооспермии»</b>			



<p>Вакуумная пробирка с ЭДТА</p> <p><b>ШТРИХКОД ПРОБЫ</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> <p>Доставить в лабораторию в первичной пробирке. Не центрифугировать!</p>	<p style="text-align: center;"><b>Исследование крови</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ • МЕТОДЫ: ПИРОСЕКВЕНИРОВАНИЕ, ПЦР</b></p> <p style="text-align: right;">приоритет обычный</p> <p style="text-align: right; background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">КРОВЬ с ЭДТА</p>	
ВИТАМИН D		
<p><input type="checkbox"/> <b>180049</b> Ген рецептора витамина D (VDR). Выявление полиморфизма G&gt;A (BsmI), rs1544410</p> <p><input type="checkbox"/> <b>181049</b> Заключение врача-генетика к услуге «Ген рецептора витамина D (VDR)»</p>		
ОСТЕОПОРОЗ		
<p>Наличие патологических переломов и/или переломов шейки бедренной кости и позвонков у близких родственников <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет      Непереносимость лактозы <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>		
<p><input type="checkbox"/> <b>180032</b> Генетическая предрасположенность к остеопорозу. Исследование полиморфизмов в генах: COL1A1 (IVS1 2046G&gt;T), ESR1 (T&gt;C (PvuII)), ESR1 (A&gt;G (XbaI)), LCT (-13910C&gt;T), LRP5 (A1330V C&gt;T), VDR (G&gt;A (BsmI))</p> <p><input type="checkbox"/> <b>181032</b> Заключение врача-генетика к услуге «Генетическая предрасположенность к остеопорозу»</p>		
СИСТЕМА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ		
<p>Спонтанная кровоточивость/синяки/плохое заживление раневых поверхностей <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет      Боли в ногах по ходу вен? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Варикозное расширение вен нижних конечностей, пищевода, прямой кишки <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет      Повышение свертываемости крови (тромбофилия/гиперкоагуляция) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет      Тромбозы в анамнезе <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>		
<p><input type="checkbox"/> <b>180010</b> Система свертывания крови. Исследование полиморфизмов в генах: F5 (мутация Лейден, Arg506Gln) и F2 (протромбин 20210 G&gt;A)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>180014</b> Плазменные факторы системы свертывания крови. Исследование полиморфизмов в генах: F2 (20210, G&gt;A), F5 (R534Q, G&gt;A), F7 (R353Q, G&gt;A), FGB (455, G&gt;A), SERPINE1 (-675, 5G&gt;4G)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>180015</b> Агрегационные факторы системы свертывания крови. Исследование полиморфизмов в генах: GP1BA (-5T&gt;C), GP1BA (T145, C&gt;T), ITGB3 (L33P, T&gt;C), JAK 2 (V617F G&gt;T), SELPLG (M62I, A&gt;G)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>181010</b> Заключение врача-генетика к услуге «Система свертывания крови»</p> <p><input type="checkbox"/> <b>181014</b> Заключение врача-генетика к услуге «Плазменные факторы системы свертывания крови»</p> <p><input type="checkbox"/> <b>181015</b> Заключение врача-генетика к услуге «Агрегационные факторы системы свертывания крови»</p>		
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
<p>Боли в сердце <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет      Возникновение приступов <input type="checkbox"/> часто <input type="checkbox"/> редко <input type="checkbox"/> ИБС с какого возраста <input type="checkbox"/> Гипертоническая болезнь с какого возраста <input type="checkbox"/> Инфаркт миокарда в анамнезе в каком возрасте</p> <p>Наличие родственников с заболеваниями <input type="checkbox"/> ИБС <input type="checkbox"/> Гипертоническая болезнь <input type="checkbox"/> Инфаркт миокарда в анамнезе В молодом возрасте <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>		
<p><input type="checkbox"/> <b>180020</b> Генетическая предрасположенность к артериальной гипертензии. Исследование полиморфизмов в генах: ADRB2 (G16R, G&gt;A); AGT (T207M, C&gt;T); AGT (M268T, T&gt;C); AGTR1 (A1666C, A&gt;C); NOS3 (D298E, T&gt;G)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>180031</b> Генетическая предрасположенность к ишемической болезни сердца. Исследование полиморфизмов в генах: AMPD1 (Q12X G&gt;A), CDKN2A/2B (G&gt;C), HIF1A (P582S C&gt;T), MMP3 (5A&gt;6A), APOE (C112R T&gt;C), APOE (R158C C&gt;T)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>181020</b> Заключение врача-генетика к услуге «Генетическая предрасположенность к артериальной гипертензии»</p> <p><input type="checkbox"/> <b>181031</b> Заключение врача-генетика к услуге «Генетическая предрасположенность к ишемической болезни сердца»</p>		
ДИСЛИПИДЕМИИ/АТЕРОСКЛЕРОЗ		
<p>Выявлено ли у Вас повышение уровня холестерина/ триглицеридов/ ЛПНП/ ЛПОНП? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет данных      Возраст на момент выявления дислипидемии <input type="text"/> <input type="text"/> лет</p> <p>Количество родственников с диагностированной дислипидемией/ атеросклерозом сосудов <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Более 3-х <input type="checkbox"/> Нет данных</p> <p>Наличие родственников с дислипидемией/ атеросклерозом. Укажите ближайшего. <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Брат/сестра <input type="checkbox"/> Тетя/дядя <input type="checkbox"/> Бабушка/дедушка <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> Нет данных</p> <p>Наличие ксантом (очаговых кожных новообразований с жировыми включениями)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет данных      Выявлен ли атеросклероз сосудов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет данных</p> <p>Есть ли сопутствующие заболевания, связанные с гиперхолестеринемией? <input type="checkbox"/> Гипотиреоз <input type="checkbox"/> Нефроз <input type="checkbox"/> Холестаз <input type="checkbox"/> Нервная анорексия <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> Нет данных</p>		
<p><input type="checkbox"/> <b>180040</b> Липидный обмен. Генетическая предрасположенность к дислипидемии и развитию атеросклероза. Исследование полиморфизмов в генах: APOE (C112R T&gt;C), APOE (R158C C&gt;T), APOB (R3527Q G&gt;A), APOB (G&gt;A), PCSK9 (T&gt;C), ABCA1 (R219K G&gt;A), APOC3 (-455 C&gt;T), APOC3 (-482 C&gt;T), APOC3 (G&gt;C), LPL (N318S A&gt;G), LPL (S447X C&gt;G), PON1 (L55M A&gt;T), PON1 (Q192R A&gt;G)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>181040</b> Заключение врача-генетика к услуге «Липидный обмен. Генетическая предрасположенность к дислипидемии и развитию атеросклероза»</p>		
БОЛЕЗНЬ КРОНА		
<p>Поставлен ли Вам диагноз болезнь Крона? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет данных      Возраст на момент постановки диагноза болезнь Крона <input type="text"/> <input type="text"/> лет</p> <p>Количество родственников с диагностированной болезнью Крона/ воспалительными заболеваниями кишечника/колоректальным раком <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Более 3-х <input type="checkbox"/> Нет данных</p> <p>Наличие родственников с болезнью Крона. Укажите ближайшего. <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Брат/сестра <input type="checkbox"/> Тетя/дядя <input type="checkbox"/> Бабушка/дедушка <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> Нет данных</p> <p>Данные эндоскопического обследования (при наличии)</p>		
<p><input type="checkbox"/> <b>180044</b> Болезнь Крона. Исследование полиморфизмов в генах: NOD2 (R702W C&gt;T), NOD2 (G908R G&gt;C), NKX2-3 (A&gt;G), PTPN2 (T&gt;G)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>181044</b> Заключение врача-генетика к услуге «Болезнь Крона»</p>		