



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 _____

Вакуумная пробирка с ЭДТА	Исследование крови ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ • МЕТОДЫ: ПИРОСЕКВЕНИРОВАНИЕ, ПЦР	приоритет обычный	КРОВЬ с ЭДТА
ШТРИХ КОД ПРОБЫ _____			
Внимание! 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.			

Раздел НАСЛЕДСТВЕННЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЯИЧНИКОВ

Наличие онкологического заболевания Да Нет 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

180011 Наследственный рак молочной железы и яичников. Исследование мутаций в генах BRCA 1/2: BRCA1 185delAG, BRCA1 300T>G (C61G), BRCA1 2080delA, BRCA1 4153delA, BRCA1 5382insC, BRCA2 6174delT

181011 Заключение врача-генетика к услуге «Наследственный рак молочной железы и яичников»

Раздел ФОЛАТНЫЙ ЦИКЛ

Отмечалось ли повышение уровня гомоцистеина Да Нет

Придерживались ли когда-нибудь диеты Да Нет

По собственному желанию По указанию врача

180016 Фолатный цикл. Исследование полиморфизмов в генах: MTHFR (A222V, C>T), MTHFR (E429A, A>C), MTR (D919G, A>G), MTRR (I22M, A>G), SLC19A1 (H27R, A>G)

181016 Заключение врача-генетика к услуге «Фолатный цикл»

Раздел ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Менструация с какого возраста _____ Продолжительность _____ Регулярность Да Нет Продолжительность цикла _____

Приём оральных (гормональных) контрацептивов Да Нет Изменение гормонального статуса Да Нет

Гинекологические заболевания _____ Осложнения во время предыдущей беременности _____

180036 Генетические факторы риска невынашивания и осложнений беременности. 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)

181036 Заключение врача-генетика к услуге «Генетические факторы риска невынашивания и осложнений беременности»

Раздел МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

Длительность бесплодия _____ Концентрация сперматозоидов _____ Данные спермограммы: Азооспермия Олигозооспермия другое _____

180037 Мужское бесплодие. Генетическая диагностика азооспермии. Исследование микроделетий в AZF локусе Y хромосомы

181037 Заключение врача-генетика к услуге «Мужское бесплодие. Генетическая диагностика азооспермии»

Вакуумная пробирка с ЭДТА	Исследование крови ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ • МЕТОДЫ: ПИРОСЕКВИРОВАНИЕ, ПЦР	приоритет обычный	КРОВЬ с ЭДТА
ШТРИХ КОД ПРОБЫ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	<p>Внимание! 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>		

Раздел СИСТЕМА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ			
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	
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	
<input type="checkbox"/> 180010 Система свертывания крови. Исследование полиморфизмов в генах: F5 (мутация Лейден, Arg506Gln) и F2 (протромбин 20210 G>A)	<input type="checkbox"/> 181010 Заключение врача-генетика к услуге «Система свертывания крови»		
<input type="checkbox"/> 180014 Плазменные факторы системы свертывания крови. Исследование полиморфизмов в генах: F2 (20210, G>A), F5 (R534Q, G>A), F7 (R353Q, G>A), FGB (455, G>A), SERPINE1 (- 675, 5G>4G)	<input type="checkbox"/> 181014 Заключение врача-генетика к услуге «Плазменные факторы системы свертывания крови»		
<input type="checkbox"/> 180015 Агрегационные факторы системы свертывания крови. Исследование полиморфизмов в генах: GP1BA (- 5T>C), GP1BA (T145, C>T), ITGB3 (L33P, T>C), JAK 2 (V617F G>T), SELPLG (M62I, A>G)	<input type="checkbox"/> 181015 Заключение врача-генетика к услуге «Агрегационные факторы системы свертывания крови»		

Раздел СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			
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
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	
<input type="checkbox"/> 180020 Генетическая предрасположенность к артериальной гипертензии. Исследование полиморфизмов в генах: ADRB2 (G16R, G>A); AGT (T207M, C>T); AGT (M268T, T>C); AGTR1 (A1666C, A>C); NOS3 (D298E, T>G)		<input type="checkbox"/> 181020 Заключение врача-генетика к услуге «Генетическая предрасположенность к артериальной гипертензии»	
<input type="checkbox"/> 180031 Генетическая предрасположенность к ишемической болезни сердца. Исследование полиморфизмов в генах: AMPD1 (Q12X G>A), CDKN2A/2B (G>C), HIF1A (P582S C>T), MMP3 (5A>6A), APOE (C112R T>C), APOE (R158C C>T)		<input type="checkbox"/> 181031 Заключение врача-генетика к услуге «Генетическая предрасположенность к ишемической болезни сердца»	

Раздел ДИСЛИПИДЕМИИ/АТЕРОСКЛЕРОЗ			
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	
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			
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			
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	
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			
<input type="checkbox"/> 180040 Липидный обмен. Генетическая предрасположенность к дислипидемии и развитию атеросклероза. Исследование полиморфизмов в генах: APOE (C112R T>C), APOE (R158C C>T), APOB (R3527Q G>A), APOB (G>A), PCSK9 (T>C), ABCA1 (R219K G>A), APOC3 (-455 C>T), APOC3 (-482 C>T), APOC3 (G>C), LPL (N318S A>G), LPL (S447X C>G), PON1 (L55M A>T), PON1 (Q192R A>G)		<input type="checkbox"/> 181040 Заключение врача-генетика к услуге «Липидный обмен. Генетическая предрасположенность к дислипидемии и развитию атеросклероза»	

Раздел ОСТЕОПОРОЗ			
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	
<input type="checkbox"/> 180032 Генетическая предрасположенность к остеопорозу. Исследование полиморфизмов в генах: COL1A1 (IVS1 2046G>T), ESR1 (T>C (PvuII)), ESR1 (A>G (XbaI)), LCT (-13910C>T), LRP5 (A1330V C>T), VDR (G>A (BsmI))		<input type="checkbox"/> 181032 Заключение врача-генетика к услуге «Генетическая предрасположенность к остеопорозу»	

Раздел БОЛЕЗНЬ КРОНА			
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	
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			
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			
Данные эндоскопического обследования (при наличии) _____			
<input type="checkbox"/> 180044 Болезнь Крона. Исследование полиморфизмов в генах: NOD2 (R702W C>T), NOD2 (G908R G>C), NKX2-3 (A>G), PTPN2 (T>G)		<input type="checkbox"/> 181044 Заключение врача-генетика к услуге «Болезнь Крона»	