**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

**Α. Στοιχεία Εξεταζόμενου**

Όνοματεπώνυμο: …………………………………. Η/Μ γέννησης:……………………… ΑΜΚΑ:……………………......

Στην περίπτωση Καρυότυπου ζεύγους

Όνομα συζύγου:…………………………………... Η/Μ γέννησης:……………………… ΑΜΚΑ:……………………......

Στοιχεία επικοινωνίας: Τηλέφωνο......................................... email............................................................

Κωδικός ασθενούς (συμπληρώνεται από το εργαστήριο):

Είδος δείγματος: …………………… Η/Μ λήψης δείγματος:……………………… Η/Μ παραλαβής δείγματος:………………………

Στοιχεία λήψης δείγματος: Παραπέμπων ιατρός:…….......…………………....................................

Κλινική ΝΠΑΣ

Αιμοληψία στο ΙΥΠ

Αποστολή

**Αιτούμενες εξετάσεις**

Καρυότυπος περιφερικού αίματος ζεύγους

Καρυότυπος περιφερικού αίματος

Σύνδρομα DiGeorge και Velocardiofacial

Σύνδρομο Williams-Beuren

Σύνδρομο Μiller-Dieker

Σύνδρομο Smith Magenis

Φαινυλκετονουρία (πλήρης έλεγχος *PAH*)

Μη συνδρομική υπολειπόμενη βαρηκοΐα (πλήρης έλεγχος *GJB2*)

**Αιτία παραπομπής – Κλινικά ευρήματα**

Xr;

***Χρεωστικό ΕΟΠΠΥ Ταμείο ΙΥΠ***

**Παράδοση αποτελεσμάτων**



Υπογραφή:.........................................................

Με email

Από το ΙΥΠ: Στον ίδιο ή κηδεμόνα

(με επίδειξη ΑΔΤ)

Στη διεύθυνση