

**ЗАЯВКА ЗА ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕН АНАЛИЗ****Данни за пациента**

Имена:

Дата на раждане:

ЕГН

Пол:

Данни за контакт (тел, имейл, адрес):

**Данни за насочващия лекар**

Имена:

УИН:

Институция

Данни за контакт (тел, имейл, адрес):

**Диагноза/Симптоми/ Кратка лична и фамилна анамнеза** (ако е приложимо):**Вид материал:**

- ЕДТА-кръв (количество: 3 мл / 6 мл / .... мл): 1 епруетка / 2 епруетки
- Геномна ДНК
- друго: .....

Дата на взимане на пробата:.....

Отговорно лице: .....

**Вид анализ:**

- CYP2C19**: терапия с ..... (например Клопидогрел)
- DPYD**: терапия с флуоропиримидини (5-флуороурацил (5-FU), capecitabine)
- друго:

**Начин на получаване на резултата** (отбележете всички желани възможности)

- Личен адрес на пациента (по куриер, за сметка на получателя)  
.....
- E-mail адрес на пациента  
.....
- Адрес или имейл на насочващ лекар  
.....
- Друго:  
.....

**Имена и подпис на пациента:** .....

(изразяващи съгласие резултатът да бъде изпратен на посочените опции)

При въпроси и за заявка на куриер, моля обърнете се към Регистратура на МБАЛ „Сърце и мозък“ Плевен на тел.: 064 678 400, през интернет страница [www.heartandbrain.bg](http://www.heartandbrain.bg) или на имейл info@cardiacinstitute.bg.**Заявката трябва да бъде съпътствана от информирано съгласие, подписано от пациента**