



**ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΑΛΛΗΛΟΥΧΗΣΗ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΓΕΝΙΑΣ (NGS)
ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΞΟΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ* (WES)
ΓΙΑ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Η/Γ: ΚΩΔΙΚΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:

ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ (ΓΟΝΕΩΝ):

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΤΚ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΣΤΑΘΕΡΟ/ΚΙΝΗΤΟ) : email:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΕΝΤΡΟ:

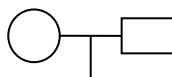
**Για την παραπομπή περιστατικού απαιτείται συνεννόηση κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας και ενυπόγραφη φόρμα συγκατάθεσης.*

ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Αλληλούχηση Επόμενης Γενιάς όλων των εξονικών περιοχών του γονιδιώματος και ερμηνεία αποτελεσμάτων

Whole Exome Sequencing (WES) και ερμηνεία

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ



Αιτία Παραπομπής:

Οικογενειακό Ιστορικό:

Προηγούμενος Γενετικός Έλεγχος:

Απεικονιστικός Έλεγχος (ΗΚΓ, ΗΕΓ, MRI, Βιοψία):

Περιγεννητικό ιστορικό:

Φαρμακευτική αγωγή:

Πιθανός τρόπος κληρονόμησης:

Υποψήφια γονίδια που σχετίζονται με το φαινότυπο:

Άλλες πληροφορίες:



ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ενδοκρινής Αδένας

- Υποθάλαμος
Υπόφυση
Θυροειδής
Παραθυροειδής
Πάγκρεας
Επινεφρίδια
Γονάδες

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....