



NOSŪTĪJUMS SIA GENERA LABORATORIJAI UZ AMBULATORAJIEM LABORATORISKAJIEM IZMEKLĒJUMIEM – DNS TESTIEM

Jūsu testēšanas pieprasījuma Nr.:
Your testing request No:

Tālr. +371 26267833; e-pasts: info@genera.lv; www.genera.lv

NOSŪTĪJUMA DATUMS			
Nosūtījuma derīguma termiņš:		derīgs līdz _____ datums	_____ mēneši
(vajadzīgo atzīmēt; maksimālais nosūtījuma derīguma termiņš 12 mēneši)			
Pakalpojums (vajadzīgo atzīmēt)		<input type="checkbox"/> MAKSAS	<input type="checkbox"/> NVD APMAKSĀTS
Analīžu skaits: Obligāti aizpildāms lauks , ja veidlapu neaizpilda elektroniski. Ja veic pacienta dinamisko novērošanu, aizpilda izmeklējumu reižu skaitu un intervālu nosūtījuma derīguma termiņa laikā			
Izmeklējumu reižu skaits: **		Izmeklējumu intervāls: **	
PACIENTS	Dzimums:	Siev. <input type="checkbox"/>	Vīr. <input type="checkbox"/>
Vārds, Uzvārds:		Dzimšanas datums (dd.mm.gggg): *	
Personas kods/ Identifikators:			
Kontaktinformācija: tālr:		e-pasts:	
<input type="checkbox"/> Piekrītu, ka, izmantojot manu DNS, tiks veikti šajā nosūtījumā nozīmētie DNS testi. DNS testu rezultātus nosūtīt man: <input type="checkbox"/> uz e-pastu _____ <input type="checkbox"/> izsniegt man personīgi (jāizņem 6 mēnešu laikā laboratorijā GenEra, uzrādot personu apliecinošu dokumentu) <input type="checkbox"/> Piekrītu, ka mani DNS testēšanas rezultāti tiks nosūtīti ārstam, kurš aizpildījis šo nosūtījumu Pacienta paraksts*** _____			
Pamata diagnozes kods: _____	Blakus diagnozes kods: _____	Grūtniecības nedēļa: _____	Asins grupa: _____ noteikta pacienta klātbūtnē
ANALIZĒJAMĀ MATERIĀLA PAŅĒMŠANAS LAIKS			
<input type="checkbox"/> Asinis: datums: _____ stunda: _____		<input type="checkbox"/> Uztriepe no mutes gļotādas datums: _____ stunda: _____	
<input type="checkbox"/> Urīns: datums: _____ stunda: _____		<input type="checkbox"/> Cits materiāls: datums: _____ stunda: _____	
IZMEKLĒŠANAS IEMESLS (lūdzu atzīmēt vienu iemeslu; obligāti aizpildāms lauks atbilstoši savstarpēji noslēgtam līgumam)			
<input type="checkbox"/> Akūta saslimšana		<input type="checkbox"/> Slēpto asiņu skrīnings	
<input type="checkbox"/> Hroniskas saslimšanas paasinājums		<input type="checkbox"/> Grūtnieču skrīnings	
<input type="checkbox"/> Pirms plānveida operācijas		<input type="checkbox"/> Prostatas vēža skrīnings	
<input type="checkbox"/> Operācijas vai manipulācijas laikā iegūta materiāla izmeklējums		<input type="checkbox"/> Kontaktpersonu izmeklēšana infekcijas slimību gadījumā	
<input type="checkbox"/> Iespējamās slimības dēļ		<input type="checkbox"/> Sirds un asinsvadu slimību profilakse (SCORE)	
<input type="checkbox"/> Hroniskas saslimšanas dinamiskai novērošanai **		<input type="checkbox"/> Cits	
NOSŪTĪTĀJS			
Ārsts: _____		Specialitāte vai specialitātes kods: _____	
Identifikators: _____			
Ārstniecības iestāde, kods: _____			
Tālruna numurs, e-pasts pa kuru paziņot: _____			
CITO! <input type="checkbox"/>			
PACIENTA GRUPA			
<input type="checkbox"/> Grūtniece un sieviete pēcdzemdību periodā līdz 42 d.		<input type="checkbox"/> Ieslodzījuma vietā esoša persona (97)	
<input type="checkbox"/> Bērns līdz 18 gadiem (11)		<input type="checkbox"/> Dienas stacionāra pacients (55)	
<input type="checkbox"/> Trūcīgā persona (15)		<input type="checkbox"/> Patvēruma meklētājs (101)	
<input type="checkbox"/> Valsts sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esoša persona (14)			
<input type="checkbox"/> Ambulatorā palīdzība uzņemšanas nodaļas		<input type="checkbox"/> Cita (lūdzu norādīt): _____	
PAPILDUS INFORMĀCIJA			
Sistoliskais asinsspiediens _____ mmHg *		Pacienta svars _____ kg *	
APDROŠINĀŠANA			
Kompānija (nosaukums) * _____		Polises sērija/Nr. * _____ Derīga līdz * _____	
* - informāciju norādīt pēc nepieciešamības; ** - atļauts norādīt kopējo konkrēta izmeklējuma skaitu nosūtījuma derīguma termiņa laikā hroniskas slimības dinamiskai novērošanai, atbilstoši ārsta nosūtītāja norādījumiem (laboratorija patur nosūtījuma kopiju); *** - Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.			
Nosūtījuma veidlapa sagatavota atbilstoši līguma ar NVD prasībām un papildināta ar laboratorijai nepieciešamo informācijas pieprasījumu.			

Nepieciešamais DNS tests (vajadzīgo atzīmēt)

S – uztriepe no mutes gļotādas (siekalu paraugs)

A – perifērās asinis 1-3ml ar antikoagulantu (violets vakutainers vai rozā monovette ar EDTA)

DNS TESTS	PARAUGA VEIDS
<input type="checkbox"/> Celiakijas riska DNS tests	S vai A
<input type="checkbox"/> Iedzimta krūts un olnīcu vēža riska DNS tests (četras priekšteču mutācijas)	S vai A
<input type="checkbox"/> Hemohromatozes DNS tests	S vai A
<input type="checkbox"/> Laktozes intolerances DNS tests pieaugušajiem	S vai A
<input type="checkbox"/> Vilsona slimības biežākās mutācijas testēšana	S vai A
<input type="checkbox"/> Miotoniskās distrofija tips 1 (DM1)	S vai A
<input type="checkbox"/> Y hromosomas mikrodelēciju DNS tests	S vai A
<input type="checkbox"/> Spinocerebellāro ataksiju testēšana (SCA1, SCA2, SCA3 un SCA6)	S vai A
<input type="checkbox"/> Krona slimības 5 biežāko variāciju DNS tests	S vai A
<input type="checkbox"/> Trombofīlijas DNS tests: Paaugstināta proteīna C rezistence Paaugstināts protrombīna līmenis asinīs Paaugstināts homocisteīna līmenis asinīs	S vai A
<input type="checkbox"/> Žilbēra sindroma DNS tests	S vai A
<input type="checkbox"/> TPMT gēna polimorfismu noteikšana, predispozīcija uz Tiopurīnu grupas medikamentu mielotoksicitāti	S vai A
<input type="checkbox"/> CFTR gēna biežākās mutācijas testēšana	S vai A
<input type="checkbox"/> Invazīvs biežāk sastopamo trisomiju DNS tests (no 10. Grūtniecības nedēļas) 21. (Dauna sindroms), 18. (Edvardsa sindroms), 13. (Patau sindroms) un dzimumhromosomas	Auglūdēns no amniocentēzes vai horija bārkstīņas
<input type="checkbox"/> Augļa rēzus faktora (RhD) DNS tests no mātes asinīm (no 10. Grūtniecības nedēļas)	Grūtniecei – S un kā augļa paraugs – 10-20 ml perifēro asiņu speciālos vakutaineros! (pieejami GenEra laboratorijā)
<input type="checkbox"/> Himērisma monitorings (pēc alogēnas kaulu smadzeņu vai perifērisko asiņu cilmes šūnu transplantācijas)	A
<input type="checkbox"/> Alfa 1 antitripsīna deficīta DNS tests	S vai A
<input type="checkbox"/> Personalizēts uztura DNS tests + uztura speciālista konsultācija* (svara korekcijai, veselīgam dzīvesveidam)	S vai A
<input type="checkbox"/> Cits DNS tests	Standartā – S Dažos gadījumos - A
(Jānorāda kāds)	
GenEra laboratorija piedāvā arī citus DNS testus, sīkāku informāciju meklēt: www.genera.lv aktuālajos izcenojumos. Veicam arī individualizētu dažāda apjoma cilvēka polimorfismu testēšanu dažādām vajadzībām, šajos gadījumos iepriekšēja saskaņošana ar laboratoriju ir obligāta.	

Piezīmes:

* Pieejams tikai pa maksu.

¹ Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

Informācijai: NIPT "Panorama"* ir atsevišķs nosūtījums

Ārsta paraksts¹