



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) ☐ **MAKSAS** ☐ **NVD APMĀKSĀTS¹**

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. ☐	Vīr. ☐	Dzimšanas datums (dd.mm.gggg): *
Vārds, Uzvārds:				
Personas kods/ Identifikators:				
Kontaktinformācija: tālr: _____ e-pasts: _____				

☐ Piekrītu, ka, izmantojot manu DNS, tiks veikti šajā nosūtījumā nozīmētie DNS testi. DNS testu rezultātus nosūtīt man:

☐ uz e-pastu _____

☐ izsniegt man personīgi (jāizņem 6 mēnešu laikā laboratorijā GenEra, uzrādot personu apliecinošu dokumentu)

☐ 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 PAŅEMŠANAS LAIKS

☐ Asinis: datums: _____ stunda: _____	☐ Uztriepe no mutes gļotādas datums: _____ stunda: _____
☐ Urīns: datums: _____ stunda: _____	☐ Cits materiāls: datums: _____ stunda: _____

IZMEKLĒŠANAS IEMESLS (lūdzu atzīmēt vienu iemeslu; obligāti aizpildāms lauks atbilstoši savstarpēji noslēgtam līgumam)

☐ Akūta saslimšana	☐ Slēpto asiņu skrīnings
☐ Hroniskas saslimšanas paasinājums	☐ Grūtnieču skrīnings
☐ Pirms plānveida operācijas	☐ Prostatas vēža skrīnings
☐ Operācijas vai manipulācijas laikā iegūta materiāla izmeklējums	☐ Kontaktpersonu izmeklēšana infekcijas slimību gadījumā
☐ Iespējamās slimības dēļ	☐ Sirds un asinsvadu slimību profilakse (SCORE)
☐ Hroniskas saslimšanas dinamiskai novērošanai **	☐ Cits

NOSŪTĪTĀJS

Ārsts:	Specialitāte vai specialitātes kods:
Identifikators:	
Ārstniecības iestāde, kods:	
Tālruņa numurs, e-pasts pa kuru paziņot:	

CITO! ☐

PACIENTA GRUPA

☐ Grūtniece un sieviete pēcdzemdību periodā līdz 42 d.	☐ Ieslodzījuma vietā esoša persona (97)
☐ Bērns līdz 18 gadiem (11)	☐ Dienas stacionāra pacients (55)
☐ Trūcīgā persona (15)	☐ Patvēruma meklētājs (101)
☐ Valsts sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esoša persona (14)	
☐ Ambulatorā palīdzība uzņemšanas nodaļas	☐ 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 (laboratorijā patur nosūtījuma kopiju);

*** - neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

¹ - uz valsts (NVD) apmaksātiem DNS testiem var nosūtīt TĪKAĻ ārstu-speciālistus: ģenētikas, onkologs, onkologs ķīmijterapiķis, hematologs, bērnu hematoloģists, hepatologs, endokrinologs, gastroenterologs, infektologs, ginekologs, dzemdību speciālists, neirologs, imunologs, alergologs, neiroķirurgs, pediatrs, radiologs.

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 1-3 ml ar antikoagulantu (violetais vakutaineris vai rozā monovette ar EDTA)

DNS TESTS	PARAUGA VEIDS
☐ Celiakijas riska noteikšanas DNS tests	S vai A
☐ DNS tests iedzimtā krūts un olnīcu vēža riska noteikšanai gēnā BRCA1	S vai A
☐ DNS tests iedzimtā krūts un olnīcu vēža riska noteikšanai gēnā BRCA2	S vai A
☐ DNS tests iedzimtā krūts un olnīcu vēža riska noteikšanai gēnos BRCA1 un BRCA2	S vai A
☐ Hemohromatozes DNS tests	S vai A
☐ Laktozes intolerances DNS tests pieaugušajiem	S vai A
☐ Vilsona slimību izraisošās biežākās variācijas testēšana	S vai A
☐ Vilsona slimības paplašinātais DNS tests (eksonu 8, 11, 13, 14, 15, 18 sekvencēšana)	S vai A
☐ Y hromosomas biežāko mikrodelēciju DNS tests ³	S vai A
☐ Spinocerebellāro ataksiju (SCA1,2,3,6,7) DNS tests	S vai A
☐ Krona slimības biežāko variāciju DNS tests	S vai A
☐ Trombofīlijas DNS tests	S vai A
☐ Žilbēra sindroma DNS diagnostika	S vai A
☐ Predispozīcija uz tiopurīnu grupas medikamentu izraisīto mielotoksicitāti	S vai A
☐ CFTR gēna biežāko variāciju testēšana (Cistiskā fibroze)	S vai A
☐ Himērisma monitorings (pēc alogēnas kaulu smadzeņu vai perifērisko asiņu cilmes šūnu transplantācijas)	A
☐ Alfa 1 Antitripsīna deficīta DNS tests (Pi* genotips)	S vai A
☐ Personalizēts uztura DNS tests + uztura speciālista konsultācija* (svara korekcijai, veselīgam dzīvesveidam)	S vai A
☐ Šarko–Marī–Tūta ģenētiskais tests (delēcijas un duplikācijas)	S vai A
☐ Šarko–Marī–Tūta paplašinātais ģenētiskais tests	S vai A
☐ Amiloidozes riska DNS tests	S vai A
☐ 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 saskanošana ar laboratoriju ir obligāta.	

Piezīmes:

* Pieejams tikai pa maksu.

² Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

Informācijai: NIPT "Panorama" ir atsevišķs nosūtījums.

³ Uz valsts (NVD) apmaksātu "Y hromosomas mikrodelēciju DNS testu" var nosūtīt tikai ārsts-speciālists urologs, andrologs vai ģenētiķis.

Ārsta paraksts²