



NEOSCREEN

Βιθυνίας 17, 1^{ος} όροφος

N. Ιωνία Τ.Κ.14234

Τηλ. 211 1826130, Fax: 211 1826131

E-mail: info@neoscrengr.com

www.neoscrengr.com

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ :	
ΕΞΕΤΑΣΗ:	
ΣΚΟΠΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ : Διαγνωστικός έλεγχος ☐ Προγεννητικός έλεγχος ☐ Προ-συμπτωματικός έλεγχος ☐	

Εγώ, Ο/Η..... συμφωνώ να προβώ σε λήψη

αίματος ☐ αμνιακού υγρού ☐ χοριακών λαχνών ☐ ιστού ☐ με σκοπό τη διεξαγωγή
καρυοτυπικού ελέγχου.

Κλινικές Πληροφορίες που χρειάζονται για τον έλεγχο καρυοτύπου περιφερικού αίματος

- ☐ Πολλαπλές αποβολές: Αριθ.: ☐
- ☐ Στείριότητα ή Υπογονιμότητα
- ☐ Ανδρική υπογονιμότητα / στείριότητα
- ☐ Διαταραχές του εμμηνορρυσικού κύκλου
- ☐ Έλεγχος πριν τη διενέργεια εξωσωματικής γονιμοποίησης
- ☐ Προηγούμενες προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης Αριθ.: ☐
- ☐ Προηγούμενη κύηση
- ☐ Αποβολή λόγω χρωμοσωμικών διαταραχών
- ☐ Τέκνο με ειδικές ικανότητες (σύνδρομο χρωμοσωμικών διαταραχών)



NEOSCREEN

Βιθυνίας 17, 1^{ος} όροφος

N. Ιωνία Τ.Κ.14234

Τηλ. 211 1826130, Fax: 211 1826131

E-mail: info@neoscrengr.com

www.neoscrengr.com

- ☐ Αναπτυξιακή καθυστέρηση
- ☐ Ψυχοκινητική καθυστέρηση
- ☐ Μη φυσιολογικός υπέρηχος εμβρύου

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- ☐ Σύνδρομο που οφείλεται σε χρωμοσωμικές διαταχές
- ☐ Κυστική Ίνωση

Κατανοώ

1. Την πιθανότητα ακαταλληλότητας δείγματος λόγω λάθους κατά τη λήψη / μεταφορά του δείγματος. Η παραπάνω διαδικασία ενδέχεται να επαναληφθεί σε περίπτωση ασαφών αποτελεσμάτων. Το βιολογικό μου υλικό θα αποθηκευθεί στο εργαστήριο για 1 έτος.

2. Το βιολογικό μου υλικό θα χρησιμοποιηθεί για τη διεξαγωγή μόνο του/των μοριακών ελέγχων που έχω σημειώσει.

3. Σε περίπτωση που επιθυμώ πρόσθετη μοριακή εξέταση, θα πρέπει να υποβάλλω εκ νέου αίτηση εξέτασης και θα υπάρξει πρόσθετη χρέωση.

4. Τηρείται εχεμύθεια όσον αφορά τα αποτελέσματα του μοριακού ελέγχου, τα οποία γνωστοποιούνται μόνο στον παραπέμποντα ιατρό.

5. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων εναπόκειται στον παραπέμποντα ιατρό όσον αφορά τον κλινικό φαινότυπο.

Ημερομηνία

Υπογραφή ασθενούς