



ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России
Лаборатория генной инженерии
г. Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4.
Единая справочная служба: +7 (800) 775-05-82, +7 (495) 612-45-51

НАПРАВЛЕНИЕ НА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ф.И.О. пациента (полностью) _____
Дата рождения _____ Пол (муж./жен.) _____

Просим Вас обязательно прикладывать к заявке медицинское заключение пациента с указанием данных семейного анамнеза и данных лабораторных исследований (важное клиническое значение имеют показатели фактора свертывания (с указанием метода определения – хромогенный/клоттинг)/ антиген фактора Виллебранда, ристоцетин-кофакторная активность/уровень фибриногена/ данные электрофореза гемоглобинов/ количество сидеробластов, в том числе кольцевых форм/ тип порфирии, биохимические показатели обмена порфиринов в моче) в зависимости от исследования, на которое направляется пациент. **Без этих данных интерпретация найденных вариантов может быть затруднена.**

Направляемый биоматериал в НМИЦ гематологии: периферическая кровь, биоптат ворсин хориона (нужное подчеркнуть), иное (указать) _____

Услуга, которую необходимо провести:

Отметьте необходимое лабораторное исследование (при назначении нескольких исследований обязательно указание последовательности в поле «Комментарий»; также обращаем Ваше внимание, что исследования будут выполняться последовательно, а не одновременно, и заключение по каждому из исследований будет отправлено в соответствии со сроком его выполнения)

✓	Код услуги	Наименование лабораторных исследований	Срок выполнения исследования, рабочие дни
	A12.05.012.001.001	Выявление точечных мутаций в гене бета-глобина (бета-талассемия)	10
	A12.05.005.004	Генотипирование групп крови по системе АВ0	15
	A12.05.006.001	Генотипирование по антигену D системы Резус (резус-фактор)	15
	A12.05.007.007	Генотипирование по антигенам C, c, E, e системы Резус (резус-фактор)	15
	A27.05.020.001	Молекулярно-генетическое исследование 24 и 29 экзонов гена <i>ADAMTS13</i>	10
	A27.05.020.002	Молекулярно-генетическое исследование 1-23 и 25-28 экзонов гена <i>ADAMTS13</i>	30
	B03.005.009.001	Молекулярно-генетическое исследование генов фибриногена	30
	B03.005.009.002	Молекулярно-генетическое исследование гена фактора VII (гипопротромбинемия)	20
	B03.005.009.003	Молекулярно-генетическое исследование гена фактора XII (болезнь Хагемана)	15
	B03.005.020.001	Молекулярно-генетическое исследование гена фактора IX (гемофилия B)	15
	B03.005.020.002	Семейная ПЦР-диагностика гемофилии A (1 образец)*	5
	B03.005.020.003	Определение инверсий inv1 и inv22 в гене фактора VIII (гемофилия A)	10
	B03.005.020.004	Молекулярно-генетическое исследование гена фактора VIII (гемофилия A)	30

	B03.019.017.001	Молекулярно-генетическая диагностика порфирий (1 нозология)**	20
	B03.005.009.004	Молекулярно-генетическое исследование гена фактора V	30
	B03.005.009.005	Молекулярно-генетическое исследование гена фактора X	20
	B03.005.009.006	Молекулярно-генетическое исследование гена фактора XI	20
	B03.005.009.007	Молекулярно-генетическое исследование гена фактора XIII	22
	B03.005.009.008	Молекулярно-генетическое исследование гена vWF	40
	B03.005.012.001	Молекулярно-генетическое исследование гена ALAS2 (сидеробластная анемия)	15
	B03.005.009.009	Молекулярно-генетическая диагностика 2N типа болезни Виллебранда	22
	B03.005.009.010	Молекулярно-генетическая диагностика 2B типа болезни Виллебранда	10
	B03.005.009.011	Молекулярно-генетическое исследование гена 18 и 28 экзонов гена vWF	10
	B03.006.001.001	Семейная ДНК-диагностика наследственных заболеваний (1 образец, 1 нозология)***	10

*-исследование проводится только по предварительному согласованию с лабораторией по электронному адресу **PSHENICHNIKOVA.O@BLOOD.RU**

** - для направительного диагноза порфирия **ОБЯЗАТЕЛЬНО** указать тип порфирии

*** - обязательно указание гена и мутации, которую необходимо проверить (копия результата исследования пробанда, все страницы)

Комментарий (заполняется при необходимости)

Дата и время забора биоматериала _____

Контактная данные врача

Медицинская организация _____

Ф.И.О. направившего врача _____

Контактный телефон, e-mail врача _____

Результат исследования выслать по e-mail _____

Дата _____

Лечащий врач _____