

## ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Προς το: **Εργαστήριο Μοριακής Αιματολογίας**  
**του Ιατρικού Τμήματος Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης**  
**Δραγάνα, 68100, Αλεξανδρούπολη**  
Τηλ: 25513 53638, FAX 25510 30378, e-mail: [ritis2@otenet.gr](mailto:ritis2@otenet.gr), [info@inflathrace.gr](mailto:info@inflathrace.gr)

Από: .....  
(Νοσοκομείο/Κλινική ή Ιατρείο – Διεύθυνση )

.....  
(Ονοματεπώνυμο ιατρού)

.....  
(Τηλέφωνο και e-mail επικοινωνίας)

<b>Ημερομηνία λήψης δείγματος</b>	
-----------------------------------	--

<b>Ονοματεπώνυμο ασθενούς</b>			
Πατρώνυμο ασθενούς		Έτος γεννήσεως	
Τόπος διαμονής ασθενούς		Τηλέφωνο e-mail	

<b>Αιτούμενη εξέταση (τσεκάρετε αναλόγως)</b>	
<input type="checkbox"/>	Έλεγχος μεταλλάξεων για Οικογενή Μεσογειακό πυρετό (FMF)
<input type="checkbox"/>	Έλεγχος μεταλλάξεων για Περιοδικό Σύνδρομο που σχετίζεται με τον υποδοχέα του TNF (TRAPS)
<input type="checkbox"/>	Έλεγχος μεταλλάξεων Btk για φυλοσύνδετη αγαμμασφαιριναιμία (XLA)

<b>Σύντομο ιστορικό:</b>

Ο ιατρός (υπογραφή και ημερομηνία)

**Η απάντηση αποστέλλεται ηλεκτρονικά  
στον ιατρό που παραγγέλλει την εξέταση**