

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, info@inflathrace.gr

Από:
(Νοσοκομείο/Κλινική ή Ιατρείο – Διεύθυνση)

.....
(Ονοματεπώνυμο ιατρού)

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

Ημερομηνία λήψης δείγματος	
-----------------------------------	--

Ονοματεπώνυμο ασθενούς			
Πατρώνυμο ασθενούς		Έτος γεννήσεως	
Τόπος διαμονής ασθενούς		Τηλέφωνο e-mail	

Αιτούμενη εξέταση (τσεκάρετε αναλόγως)	
<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)

Σύντομο ιστορικό:

Ο ιατρός (υπογραφή και ημερομηνία)

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