

**Genetiikan laboratorio**

Puh: 09 471 74339, 050 427 0646 tai 050 427 0964 (toimisto)  
Faksi: 09 471 74001  
Käyntiosoite: Topeliuksenkatu 32, G-siipi, 2. ja 3. krs., 00290 Helsinki

Näytenumero

Näytteenottopvm	Potilaan nimi	Henkilötunnus
Lähtävä sairaala (myös osoite ja puh.nro)	Vastausosoite (mikäli eri kuin lähettäjä)	Laskutusosoite (mikäli eri kuin lähettäjä)

**KLIININEN DIAGNOOSI**

--

**TILATTAVAT TUTKIMUKSET**

--

- Kiireellinen tutkimus: peritään kiireellisyyssisä, ilmoitettava laboratoriolle etukäteen
- Tutkimuskohtaiset, saatavilla olevat maksulliset lisätutkimukset toivotaan tehtävän ilman eri lähetettä

**TÄMÄ OSIO ON EHDOTTOMASTI TÄYTETTÄVÄ:**

Taustatiedot ja kysymyksenasettelu, myös sukutiedot ja mahdollisesti sukupuoli

--

Tutkimuksen tyyppi <input type="checkbox"/> Diagnostinen <input type="checkbox"/> Ennakoiva	Näyte <input type="checkbox"/> Hepariniiveri <input type="checkbox"/> EDTA-veri <input type="checkbox"/> Kudos, mikä: _____ <input type="checkbox"/> Eristetty DNA, pitoisuus _____ µg/µl	Näyte <input type="checkbox"/> Iho <input type="checkbox"/> Istukka <input type="checkbox"/> Lapsivesi <input type="checkbox"/> Viljellyt _____ solut
	Päivämäärä	Allekirjoitus ja nimen selvennys