

**ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΣΗ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΓΕΝΙΑΣ (NGS)  
ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΞΟΝΙΩΝ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ (Whole Exome Sequencing, WES)**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:.....

ΚΩΔΙΚΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ: .....

ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:  Περιφερικό αίμα  Άλλο

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ**

Όνοματεπώνυμο: .....

Τηλ: .....email:.....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ/ΗΣ:**

Όνοματεπώνυμο:.....Ηλικία:.....

Διεύθυνση:.....Πόλη:.....ΤΚ:.....

Τηλέφωνα επικοινωνίας:.....

email:.....

**ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ**

**Αλληλούχιση Επόμενης Γενιάς όλων των εξονίων του γονιδιώματος (WES) και ερμηνεία αποτελεσμάτων  
Whole Exome Sequencing and Interpretation**

**Διευρυμένος έλεγχος εντοπισμού φορέων σε ζευγάρια που πρόκειται να τεκνοποιήσουν**

Solo testing:  Duo testing:  Trio testing (και εμβρύου):

Έλεγχος γονιμότητας: Ανδρική Υπογονιμότητα  Γυναικεία Υπογονιμότητα

## ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

**Οικογενειακό Ιστορικό:**

**Αιτία Παραπομπής:**.....

**Προηγούμενος γενετικός έλεγχος:**.....

**Απεικονιστικός έλεγχος (ΗΚΓ, ΗΕΓ, MRI):**

**Βιοψία:**.....

**Άλλος Εργαστηριακός έλεγχος (Αιματολογικός, βιοχημικός, μεταβολικός**

**κ.α):**.....

**Φαρμακευτική αγωγή:**.....

**Σημειώσεις:**.....