



KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR İÇİN POLİMORFİZM TARAMA İSTEK FORMU

Hasta Bilgileri

Adı Soyadı: DNA No:
Doğum Tarihi ve Yeri: Gelen Materyal :
Adres ve Telefon: Materyal Geliş Tarihi:

İstek Yapan Hekim Bilgileri

Adı Soyadı:
Çalıştığı Kurum ve Bölümü: Telefon No:

Klinik Tanı ve İstenen Genetik Tetkik

Ön Tanı:

Başvuru Sebebi:

Hastalık Bulguları :

İstenen Tetkik:

- FV** Leiden Mutasyon analizi (G1691A)
- PROTROMBİN** Mutasyon analizi (G20210A)
- MTHFR C677T** Mutasyon analizi
- MTHFR A1298C** Mutasyon analizi
- APOE ε2/ε3/ε4 Allel analizi
- PAI1 Mutasyon analizi (4G/5G)
- ACE Mutasyon analizi (I/D)
- ENOS (994C/T)
- APOB (R3500Q)
- APOC1 (CGTT ins/del)
- APOA5 (-1131T/C)
- APO D (-352A/G)
- TAF 8 (G337D)
- LDLR (rs5930)
- CH25H (rs13500)
- SORL1 (rs2282649)
- CLU (rs11136000)