

Rekvisition til molekylærbiologiske analyser

Patientens CPR nr.:
Patientens navn:
Prøvedato: Glas nr.:
Rekvirerende læge:
Rekvirerende hospital og afdeling:
Ægtefælle /forældre /bror /søster /andre i familien til en patient som er undersøgt/skal undersøges
(navn, CPR nr):

Henvisningsårsag / diagnose (skal udfyldes, sæt gerne flere krydser):

- Infertilitet / ICSI**
 - Azoospermi
- CIS/Testistumor**
 - Familiær
- Hypospadi**
- Kryptorkisme**
- Tegn på androgen resistens**
- Obs. Klinefelter syndrom**
- Obs. Turner syndrom**
- DSD (intersex)**
- Pubertas præcox**
- Tall stature**
- Nanismus**

- Sædbankspatient**
 - testistumor anden kræfttype diagnose ukendt
- Andet**
- RH-projekt (hvilket? Skriv også initialer af projektets leder)

- Kontrol af tidligere fund** (hvilket?, f.eks. AZFc deletion)

Ønskede DNA analyser:

(tages 6 ml EDTA blod, hos små børn 1 ml, se oplysninger nederst)

- Mikrodeletion på Y-kromosomet**
eller påvisning af Y-kromosommateriale hos piger /DSD patienter
- Antal kopier af X kromosomet (ploidi)** (påvist med AR-QPCR)
- SHOX** (antal kopier påvist med kvantitativ QPCR)
- Androgenreceptor polymorfi eller mutationsanalyse**
 - CAG-repeat antal** (f. eks. v. mistanke af Kennedy syndrom)
 - GGN-repeat antal**