



Анкета для применения «PanTum Detect» диагностики

Фамилия		Адрес регистрации, указанный в паспорте (населенный пункт, область)		
Имя		Адрес временной регистрации в РБ (населенный пункт, область)		
Отчество		E-mail		
Дата рождения		Иден-ный номер пробы (заполняется экспертом)		
Рост, см / Вес, кг	_____ см / _____ кг	Исследование	Первичное / Повторное (нужное подчеркнуть)	
Контактный телефон с кодом		Результат предыдущего исследования (при наличии)		
Источник получения Вами информации о программе «PanTum Detect»:	Врач <input type="checkbox"/>	Родственники / знакомые <input type="checkbox"/>	СМИ / интернет <input type="checkbox"/>	Иные источники <input type="checkbox"/>

Критерии исключения, при которых не рекомендуется сдавать тест «PanTum Detect»*

*В связи с высокой чувствительностью метода обращаем внимание, что при наличии любого из критериев исключения, указанных в пунктах 1-17, **просим Вас отказаться от сдачи анализа до окончания периода действия этого критерия**. В случае сообщения Вами недостоверной, неточной, неполной информации, ни производитель диагностических тестов, ни иные организации, участвующие в выполнении анализа, не несут ответственность за возможность выполнения анализа по разработанной методике, а также за информативность, ложноположительный или ложноотрицательный результат теста «PanTum Detect».

№	Критерии исключения	Период	Да	Нет	Комментарий
Заболевания					
1	Злокачественная опухоль, которая лечилась каким-либо образом (хирургия, лучевая терапия, химиотерапия, гормональная терапия, иммунотерапия и т. д.)	Менее 5 лет после окончания лечения	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
2	Лейкемия, миелопролиферативная неоплазия (MPN), миелодиспластический синдром (MDS)	Менее 5 лет после окончания лечения	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
3	Инфекционные заболевания, при которых наблюдался один из симптомов: • Озноб • Высокая температура (выше 38,0 С) • Острый или обострение хронического цистита	Менее 7 дней после полного выздоровления	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
4	Трансплантация	Бессрочно	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
Другие заболевания / Медицинские вмешательства / Травмы					
5	Опоясывающий лишай (острый, гинекологический, опоясывающий герпес), псориаз (в стадии обострения), ревматоидный артрит	Менее 8 недель после полного выздоровления	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
6	Травма / рана (Например: перелом кости, глубокий порез (глубже 0,5 см и/или больше 1 см), ссадина (более 5 см в диаметре), открытая рана, ушиб, разрыв связки и т.д.)		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
7	Кровь в стуле или в моче		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
8	Язва желудка, эрозивный гастрит (в стадии обострения)		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
9	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, паховая грыжа (после обнаружения или в стадии обострения)		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
10	Операция	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>		



11	Медицинские вмешательства (Например: колоноскопия, гастроскопия, цистоскопия, бронхоскопия, биопсия, лечение зубов с повреждением тканей и т.д.)	Менее 8 недель	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
12	Косметологические процедуры, вызывающие глубокое повреждение кожи: нанесение татуировок, пирсинг, татуаж, перманентный макияж и т.д.		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
13	Вакцинация любого вида	Менее 4 недель	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
14	Контрастное вещество, например для МРТ, ПЭТ-КТ, КТ		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
15	Иммунодепрессанты, например Метотрексат	Менее 8 недель после окончания курса приема	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
16	Иммуностимуляторы GM-CSF		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
17	Амигдалин (содержится в пищевых добавках из косточек абрикос)		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	

Дополнительная информация о пациенте для врача при сдаче теста

№	Дополнительная информация	Ответ		Комментарий
		Да	Нет	
18	Курение	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
19	Повышенная температура за последние 7 дней	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
20	Наличие кисты, фибромы, гиперплазии, миомы, мастопатии, узлов, полипов, свищей, липомы, бородавок, подозрительных родинок, сильное изменение кожи, геморрой (укажите при наличии)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
21	Сильные аллергии (в том числе, связанные с приёмом лекарств, укажите при наличии)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
22	Боли (при наличии укажите локализацию)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
23	Хронические заболевания (при наличии укажите их)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
24	Систематический приём лекарств (укажите какие лекарства)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
25	Усталость, необычная утомляемость в последнее время	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
26	Значительная потеря веса	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
27	Прием пищи, жидкости или курение в течении 120 мин до забора крови	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
28	Другая информация от клиента вне категорий	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	

Я, _____, подтверждаю правильность выше предоставленной мною информации. В случае предоставления недостоверной, неточной, неполной информации я соглашаюсь с тем, что ни производитель диагностических тестов, ни иные организации, участвующие в выполнении анализа, не несут ответственность за ложноположительный или ложноотрицательный результат теста «PanTum Detect», а также за возможные расходы по детальной диагностике при положительном результате анализа.

Дата

Подпись

Расшифровка