

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ**

Προς το: **Εργαστήριο Μοριακής Αιματολογίας**  
**του Ιατρικού Τμήματος Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης**  
**Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης**  
**Δραγάνα, 68100, Αλεξανδρούπολη**  
Τηλ: 25513 53638, FAX 25510 30378, e-mail: [kritis@med.duth.gr](mailto:kritis@med.duth.gr), [info@inflathrace.gr](mailto:info@inflathrace.gr)

Από: .....  
(Νοσοκομείο/Κλινική ή Ιατρείο – Διεύθυνση )  
.....  
(Ονοματεπώνυμο ιατρού)  
.....  
(Τηλέφωνο και e-mail επικοινωνίας)

<b>Ημερομηνία λήψης δείγματος</b>	
-----------------------------------	--

<b>Ονοματεπώνυμο ασθενούς</b>			
Πατρώνυμο ασθενούς		Έτος γεννήσεως	
Διεύθυνση διαμονής ασθενούς		Τηλέφωνο e-mail	

<b>Αιτούμενη εξέταση (τσεκάρετε αναλόγως)</b>	
<input type="checkbox"/>	Έλεγχος μεταλλάξεων για Οικογενή Μεσογειακό πυρετό (MEFV)
<input type="checkbox"/>	Έλεγχος για μετάλλαξη παράγοντα V-Leiden
<input type="checkbox"/>	Έλεγχος μεταλλάξεων JAK2
<input type="checkbox"/>	Ανίχνευση DNA <i>M. tuberculosis</i>

**Σύντομο ιστορικό:**

Ο ιατρός (υπογραφή και ημερομηνία)