


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	Ответ		Комментарий
Заболевания					
1	Злокачественная опухоль, которая лечилась каким-либо образом (хирургическим, 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"/>	
5	Аутоиммунные заболевания (в том числе ревматоидный артрит, системная красная волчанка, аутоиммунный тиреоидит, сопровождающийся гипотиреозом, рассеянный склероз, псориаз, болезнь Крона, язвенный колит и другие аутоиммунные заболевания)	Бессрочно	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
Другие заболевания / Медицинские вмешательства / Травмы/ Лекарственные препараты					
6	Опоясывающий герпес, острые формы герпеса, гинекологические воспалительные заболевания (в том числе вагинит, кольпит, аднексит и др.)	Менее 8 недель после полного выздоровления	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
7	Травмы, раны (в том числе переломы, глубокие порезы, обширные ссадины, открытые раны, ушибы, разрывы связок, ожоги), операция и послеоперационный период		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
8	Язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки, эрозивный гастрит (в стадии обострения), кровь в стуле или в моче		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
9	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, паховая грыжа и другие грыжи в стадии обострения или после выявления		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	



10	Медицинские вмешательства (в том числе колоноскопия, гастроскопия, цистоскопия, бронхоскопия, биопсия, имплантация, удаление зубов, лечение корневых каналов зубов и др.)	Менее 8 недель	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
11	Косметологические процедуры, вызывающие глубокое повреждение кожи (в том числе нанесение татуировок, пирсинг, татуаж (перманентный макияж) и т.д.)		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
12	Вакцинация любого вида	Менее 4 недель	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
13	Введение контрастного вещества, например для МРТ, ПЭТ-КТ, КТ		Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
14	Препараты, влияющие на иммунную систему: <ul style="list-style-type: none"> Иммунодепрессанты (в том числе глюкокортикостероиды, цитостатики (преднизолон, дексаметазон, метотрексат и др.); Иммуностимуляторы (в том числе интерфероны, полиоксидоний, ликопид, GM-CSF и др.) 	Менее 8 недель после окончания курса приема	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
15	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	
16	Курение	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
17	Повышенная температура за последние 7 дней	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
18	Наличие кисты, фибромы, гиперплазии, миомы, липомы, мастопатии, узлов, полипов, свищей, папиллом, бородавок, подозрительных родинок, сильное изменение кожи, геморрой (при наличии укажите в комментарии)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
19	Сильные аллергии, в том числе, связанные с приёмом лекарств (при наличии укажите в комментарии)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
20	Боли (при наличии укажите локализацию в комментарии)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
21	Хронические заболевания (при наличии укажите в комментарии)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
22	Систематический приём лекарств (укажите, какие лекарства)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
23	Усталость, необычная утомляемость в последнее время	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
24	Значительная потеря веса	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
25	Курение, прием пищи, газированных напитков, соков, чая или кофе в течении 120 мин до забора крови	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
26	Другая информация для врача 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