

## Анкета с критериями исключения для проведения диагностического исследования «Определение онкомаркеров Apo10 и ТКТЛ1 в крови человека»

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:	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 анализ

В связи с высокой чувствительностью метода исследования, при наличии у Вас любого из критериев исключения, указанных в пунктах 1-15, **просим 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 выполнение анализа согласно утвержденной методике, а также за информативность, ложноположительный или ложноотрицательный результат.

№	Критерии исключения	Период	Ответ		Комментарий
<b>Заболевания</b>					
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 т.ч. 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"/>	
<b>Другие заболевания / Медицинские вмешательства / Травмы / Лекарственные препараты</b>					
6	Опоясывающий герпес, острые формы герпеса, гинекологические воспалительные заболевания (в т.ч. вагинит, кольпит, аднексит и др.)	Менее 8 недель после полного выздоровления	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
7	Травмы, раны (в т.ч. 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 т. ч. 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 т.ч. 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: • Иммунодепрессанты (в т.ч. глюкокортикостероиды, цитостатики (преднизолон, дексаметазон, метотрексат и др.); • Иммуностимуляторы (в т.ч., 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 анализа

№	Дополнительная информация	Ответ		Комментарий
		Да	Нет	
16	Систематическое 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 ( <b>при наличии укажите в комментарии</b> )	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
19	Сильные аллергии, в том числе, связанные с приёмом лекарств ( <b>при наличии укажите в комментарии</b> )	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
20	Боли ( <b>при наличии укажите локализацию в комментарии</b> )	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
21	Хронические заболевания ( <b>при наличии укажите в комментарии</b> )	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	
22	Систематический приём лекарств ( <b>укажите какие лекарства</b> )	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 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, а также за возможные расходы по детальной диагностике при положительном результате анализа.

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО