**НАПРАВЛЕНИЕ НА БИОБАНКИРОВАНИЕ**

| Наименование НИР:  |
| --- |
| **Код субъекта** |  | Присваивается исследователем |
| Место забора биоматериала |  |
|  |
| Тип направляемого биоматериала*(отметить)* | ☐ цельная кровь (ЭДТА)☐ цельная кровь (коагулянт)☐ ликвор | ☐ фекалии☐ моча☐ слюна | ☐ сыворотка ☐ плазма☐ ДНК/РНК | ☐Другое (указать)  |
| Дата и время забора биоматериала  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| 202|\_\_| г. |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_| день мес. ч мин |  |  |
|  ФИО сотрудника  | подпись |
| Дата и время транспортировки | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| 202|\_\_| г. |\_\_|\_\_|:|\_\_\_| день мес. ч мин | Температура при транспортировке |\_\_\_\_\_\_|˚С |

| Прием биоматериала  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| 202|\_\_| г. |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_| день мес. ч мин | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ФИО сотрудника подпись |
| --- | --- | --- |

| **Штрих-код субъекта**  |  | Присваиваетсябиобанком |
| --- | --- | --- |
| Пробоподготовка | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| 202|\_\_| г. |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_| день мес. ч мин | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ФИО сотрудника подпись |
| Замораживание  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| 202|\_\_| г. |\_\_|\_\_|:|\_\_\_\_| день мес. ч мин | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ФИО сотрудника подпись |

| Информированное согласие | Дата подписания информированного согласия:|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| день мес. год |
| --- | --- |

**Основная информация и доноре биоматериала**

| Дата рождения, возраст  |  \_\_\_\_ лет (на момент сбора материала) день мес. год |
| --- | --- |
| Пол | ☐ мужской | ☐ женский |
| Антропометрия | Вес |\_\_\_\_\_\_\_\_\_| (кг) | Рост |\_\_\_\_\_\_\_\_\_| (см) |
| Раса | ☐ европеоидная ☐ монголоидная ☐ негроидная |
| Курение (включая электронные) | Кол-во  | ☐ да \_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ нет | ☐ прекратил |
| Алкоголь | Как часто | ☐ да \_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ нет | ☐ неизвестно |
| Клинический диагноз (включая сопутствующие заболевания) |  |
| Прием лекарственных препаратов и БАД  | ☐ нет терапии ☐ информация недоступна |
| Наименование препаратов |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| Семейный анамнез | ☐ отягощен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ не отягощен |
| Масса тела при рождении, осложнения беременности у матери  |   ☐ информация недоступна  |
| Травмы, операции, гемотрансфузии (при наличии осложнений — указать)  |   ☐ информация недоступна |
| Аллергоанамнез  |  ☐ информация недоступна |
| Наличие детей (пол, возраст, состояние здоровья)  |   ☐ информация недоступна |

Только для женщин

 ☐ информация недоступна

 ☐ Беременность на момент забора биоматериала, срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст менархе:

Менструации: через \_\_\_\_ по \_\_\_\_, характер:

Гинекологические заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Беременностей \_\_\_\_ (по порядку – год, чем закончилась, осложнения)

1.

2.

3.