

НАПРАВЛЕНИЕ

**Молекулярная диагностика генетической предрасположенности
к развитию атипичного гемолитико-уремического синдрома (аГУС)**

ФИО _____

Год рождения _____ **муж / жен**

Город _____ **Стационар/отделение** _____ **№и/б** _____

Диагноз/стадия _____

Дата начала заболевания _____

Материал, направляемый на исследование: _____

Исследование:

Анализируемый ген (мутации гена)	Объем исследования	Цена/Нужное отметить «О»
Мутации гена CFH	Секвенирование экзона 22	1000-00
	Секвенирование экзонов с 13 по 22	10000-00
	Секвенирование экзонов с 1- 12	12000-00
	Секвенирование экзонов с 1- 22	22000-00
Мутации гена CFI	Секвенирование экзонов с 1 по 13	13000-00
Мутации гена CFB	Секвенирование экзонов с 1-по18	14000-00
Мутации гена MCP	Секвенирование экзонов с 1-по 16	13000-00
Мутации гена THBD	Секвенирование полной кодирующей последовательности (1 экзон)	8000-00
Мутации гена C3	Секвенирование экзонов с 1по 41	35000-00
Мутации гена C4BP	Определение мутации p.Arg240His	2000-00
Мутации генов CFHR1,3	Определение делеции генов CFHR1,3	2000-00
Химерный ген CFH-CFHR1	Определение слияния 1-20 экзонов CFH с 2 концевыми экзонами CFHR1	2000-00

Срок выполнения исследования – до 3 месяцев.

**При выполнении исследования может потребоваться генетический материал (кровь)
ближайших родственников.**

Дата _____

Врач _____

контактный тел. _____ **e-mail** _____