



## Žádanka o cytogenetické a molekulárně genetické vyšetření

Identifikace pacienta			
Jméno, příjmení:		Zdravotní pojišťovna:	
Číslo pojištěnce:		Pohlaví:	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž
Datum narození:		Kód diagnózy:	

Jazyk výsledného protokolu:

Čeština /  Angličtina

Čísla vzorků (vyplní laboratoř)	
Cytogenetika	<div style="border: 2px solid green; width: 100%; height: 40px;"></div>
Molekulární genetiky	<div style="border: 2px solid purple; width: 100%; height: 40px;"></div>

Požadovaná vyšetření	
<input type="checkbox"/>	Karyotyp*
<input type="checkbox"/>	FISH chromozomu X
<input type="checkbox"/>	Získané chromozomové aberace
<input type="checkbox"/>	Jiné (upřesnit):
<input type="checkbox"/>	Izolace DNA
<input type="checkbox"/>	Panel recesivních mutací (CGT)
<input type="checkbox"/>	PANDA Infertility*
<input type="checkbox"/>	PANDA Carrier
<input type="checkbox"/>	PANDA Exom
<input type="checkbox"/>	PGD karyomapping – reference (PKMP)
<input type="checkbox"/>	Spinální muskulární atrofie (S)*
<input type="checkbox"/>	Trombofilní mutace (T)*
<input type="checkbox"/>	Fragilní X (F)*
<input type="checkbox"/>	Cystická fibróza (CF)*
<input type="checkbox"/>	Mikrodelece azoospermického faktoru (AZF)*
<input type="checkbox"/>	Hluchota (GJB2)*
<input type="checkbox"/>	Aneuploidie u potraceného plodu (CVS)
<input type="checkbox"/>	Nebalancované chromozomové aberace (SNP array)
<input type="checkbox"/>	Jiné (upřesnit):

\* V rozsahu akreditace

Odebraný / vyzolovaný materiál	Počet zkumavek
<input type="checkbox"/> Žilní krev (zkumavka s heparinem)	<div style="border: 2px solid green; width: 15px; height: 15px; display: inline-block;"></div>
<input type="checkbox"/> Žilní krev (zkumavka s EDTA)	<div style="border: 2px solid purple; width: 15px; height: 15px; display: inline-block;"></div>
<input type="checkbox"/> DNA vyzolovaná z .....	
<input type="checkbox"/> buněčná suspenze	
<input type="checkbox"/> choriové klky	
<input type="checkbox"/> bukalní sliznice/sliny	
Jiná sdělení laboratoři	

Identifikační údaje žadatele (odesílajícího lékaře)	
Jméno:	
Pracoviště:	
Odbornost:	
IČZ:	
Telefon:	
E-mail:	

Datum:

Podpis:

Odesílající pracoviště potvrzuje, že vzorky krve, nebo choriových klků byly odebrány v uvedené datum a čas a byly uchovávány při teplotě 4-8°C. K žádance musí být přiložen informovaný souhlas pacienta s genetickým vyšetřením. Bez řádně dodaného a podepsaného informovaného souhlasu nemůže být vyžádané vyšetření laboratoří provedeno.

Odběr a předání materiálu			
Odebral (jméno, podpis)		Datum:	Čas:
Předal (jméno, podpis)		Datum:	Čas:

Transport		Převzetí materiálu v laboratoři (vyplní laboratoř)	
<input type="checkbox"/>	Interní transport	Datum a čas:	
<input type="checkbox"/>	REPROMEDA s.r.o. (jméno, podpis)	Transportní teplota:	<input type="checkbox"/> vyhovuje <input type="checkbox"/> nevyhovuje
<input type="checkbox"/>	Převpravce: (jméno společnosti)	Převzal: (jméno a podpis)	