

Žádanka o preimplantační genetické testování (PGT)

Identifikace partnerky		Identifikace partnera	
Jméno, příjmení:		Jméno, příjmení:	
Číslo pojištěnce:		Číslo pojištěnce:	
Datum narození:		Datum narození:	
Zdravotní pojišťovna:		Zdravotní pojišťovna:	

Číslo protokolu:	Druh primárního vzorku:	<input type="checkbox"/> Trofektoderm
Kód diagnózy, indikace:	Počet vzorků:	<input type="checkbox"/> Jiný-upřesnit:
Požadované preimplantační genetické testování :	Počet embryí:	<input type="checkbox"/> Blank
<input type="checkbox"/> Aneuploidie (PGT-A)	Seznam vzorků:	
<input type="checkbox"/> Translokace, jiné strukturní aberace (PGT-SR)	Požadováno vyšetřit vzorky č.:	
<input type="checkbox"/> Monogenní choroba (PGT-M)	Použité pohlavní buňky:	<input type="checkbox"/> Vlastní
Informace o rozsahu akreditace na www.repromedabolab.cz		<input type="checkbox"/> Darované oocyty
		<input type="checkbox"/> Darované spermie
		<input type="checkbox"/> Darované oocyty i spermie

Poznámky – doplňující sdělení laboratoři (translokace, jiné strukturní aberace, monogenní choroba,...)

Předání vzorků z embryologické laboratoře	
Datum biopsie:	
Informovaný souhlas podepsán a přiložen:	<input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne
Karyotypy obou partnerů vyšetřeny a zaslány:	<input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne
Datum a čas předání:	
Předal (jméno a podpis):	

Transport	
<input type="checkbox"/> Interní transport	
<input type="checkbox"/> REPROMEDA s.r.o. (jméno, podpis)	
<input type="checkbox"/> Přepravce: (jméno společnosti)	

Převzetí materiálu v laboratoři	
Datum a čas:	
Transportní teplota:	<input type="checkbox"/> vyhovuje <input type="checkbox"/> nevyhovuje
Převzal:	

Jméno, email a telefon osoby, které bude předán výsledek:	Požadovaný jazyk protokolu s výsledkem: <input type="checkbox"/> Čeština / <input type="checkbox"/> Angličtina / <input type="checkbox"/> Němčina
---	--

Odesílající pracoviště garantuje, že vyšetření bylo indikováno klinickým genetikem v souladu se zákonem č. 373/2011 (Zákon o specifických zdravotních službách).

Indikující lékař: **MUDr. Ilga Grochová** Pracoviště: **REPROMEDA s.r.o** Odbornost 208

Odesílající pracovník: jméno podpis datum