

Žádanka o cytogenetické a molekulárně genetické vyšetření

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

Čísla vzorků (vyplní laboratoř)	
Cytogenetika	
Molekulární genetiky	

Jazyk výsledného protokolu:

Čeština / Angličtina

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 Infertilita
<input type="checkbox"/>	PANDA Carrier Kompatibilita <input type="checkbox"/> ano s..... / <input type="checkbox"/> ne
<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):

Informace o rozsahu akreditace na www.repromedalab.cz

Odebraný / vyizolovaný materiál	Počet zkumavek
<input type="checkbox"/> Žilní krev (zkumavka s heparinem)	
<input type="checkbox"/> Žilní krev (zkumavka s EDTA)	
<input type="checkbox"/> DNA vyizolovaná z	
<input type="checkbox"/> buněčná suspenze	
<input type="checkbox"/> choriové klky	
<input type="checkbox"/> bukalní sliznice/sliny	
Jiná sdělení laboratoři	

Identifikační údaje žadatele (indikujícího klinického genetika)	
Jméno:	MUDr. Ilga Grochová
Pracoviště:	REPROMEDA s.r.o.
Odbornost:	208
IČZ:	72888170
Telefon:	511 158 222
E-mail:	recepce@repromeda.cz

Razítko klinického genetika

Odeslající 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"/>	Přepravce: (jméno společnosti)	Převzal: (jméno a podpis)	