

Žádanka na molekulárně genetické vyšetření

Osobní data pacienta (štítek)	Indikující lékař:
Jméno a příjmení: Číslo pojištěnce: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Pohlaví: muž žena Adresa: Diagnóza (MKN):	(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Primární vzorek:	Jiný materiál:
<input type="checkbox"/> periferní krev (5ml nesrážlivé krve v K ₃ EDTA) <input type="checkbox"/> bukalní stěr <input type="checkbox"/> nativní PV (3*10 ml pv, v případě kontaminace plodové vody mateřskou krví odebrat krev matky do K ₃ EDTA ke srovnávací analýze) <input type="checkbox"/> nativní choriové klky (vždy odebírat krev matky do K ₃ EDTA ke srovnávací analýze) <input type="checkbox"/> produkt koncepce (tkáň plodu ve fyziologickém roztoku - NEPOUŽÍVAT FORMALDEHYD, vždy odebírat krev matky do K ₃ EDTA k vyloučení kontaminace) <input type="checkbox"/> parafinový bloček <input type="checkbox"/> jiný vzorek (prosím, specifikujte):	<input type="checkbox"/> izolovaná DNA z: <input type="checkbox"/> kultivované buňky
Datum a čas odběru:	Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):
Klinická data: (doplní odesílající lékař, pro vyšetření array použijte, prosím, určený formulář) <input type="checkbox"/> STATIM	
Požadovaná vyšetření:	
Trombofilní mutace: Leiden (G1691A) F5 C677T MTHFR G20210A F2 (protrombin) A1298C MTHFR Cystická fibróza - 50 mutací + Tn varianty IVS8 Mikrodelece chromozomu Y - AZFa, AZFb, AZFc vč. SRY Spinální muskulární atrofie - stanovení počtu kopií exonu 7 a 8 SMN1 Syndrom FRAXA - detekce expanze CGG repetice FMR1 Smith-Lemli-Opitz syndrom - detekce 3 nejč. mutací genu DHCR7 (p.Trp151Ter, p.Val326Leu a c.964-1G>C)	Hemochromatóza - mutace H63D, S65C, H282Y HFE Deficit alfa1- antitrypsinu – alely PI*Z (p.Glu366Lys) a PI*S (p.Glu288Val) genu SERPINA 1 DNA banking – izolace a uskladnění DNA Aneuploidie chromozomů 13, 18, 21 a aberace sex chromozomů metodou QF-PCR Mikrosatelitová instabilita v nádorové tkáni - MSI Kaskádové vyšetření produktu koncepce (QF-PCR, array) +maternální ID Kaskádové vyšetření prenatální (QF-PCR, array) +maternální ID Paternální ID k prenatálnímu vyšetření
Informovaný souhlas* – vyšetřovaná osoba:	
SOUHLASÍ s vyšetřením vzorku s využitím vzorku k výzkumným účelům s uskladněním vzorku	NESOUHLASÍ s uskladněním vzorku
*) Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že pacientem či zákonným zástupcem je podepsán IS, který je buď uložen v dokumentaci pacienta nebo je přiložen k této žádance	
Vyšetření provádí: GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Pekařská 635/6, 158 00 Praha 5 – Jinonice, Tel: 226 231 691	
Záznamy laboratoře:	
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:	Vzorek/žádanku přijal(a):

