

Žádanka na genetické vyšetření - PKP, dárcovství gamet

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: periferní krev (5 ml nesrážlivé krve)	
<input type="checkbox"/> v K ₃ EDTA (molekulární genetika)	<input type="checkbox"/> v Li-Heparin (cytogenetika)
Datum a čas odběru:	Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):
Klinická data: (doplň odesílající lékař) <input type="checkbox"/> STATIM	
Požadovaná vyšetření:	
Cytogenetika	
<input type="checkbox"/> Karyotyp	FISH(specifikujte)
	ZCA

Molekulární genetika	
Trombofilní mutace	<input type="checkbox"/> Leiden (G1691A) <i>F5</i> <input type="checkbox"/> G20210A <i>F2</i> (protrombin) <input type="checkbox"/> C677T <i>MTHFR</i>
Cystická fibróza - 50 mutací + Tn varianty IVS8 <i>CFTR</i>	<input type="checkbox"/> A1298C <i>MTHFR</i>
Spinální muskulární atrofie - stanovení počtu kopií exonu 7 a 8 <i>SMN1</i>	
Mikrodelece chromozomu Y - <i>AZFa, AZFb, AZFc</i> vč. <i>SRY</i>	
Syndrom FRAXA - detekce expanze CGG repetice <i>FMR1</i>	
Odpověď na hormonální stimulaci – polymorfismus Ser680Asn <i>FSHR</i>	
Dispozice pro hluchotu (pacient slyší) - mutace 35delG <i>GJB2</i>	
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):

