

Žádanka na genetické vyšetření - PKP, dárcovství gamet (CarrierTest)

Osobní data pacienta (štítek) Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Pohlaví: muž žena Adresa: Diagnóza (MKN):	Indikující lékař: <div style="text-align: right;">(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)</div>
Primární vzorek: periferní krev (5 ml nesrážlivé krve)	Jiný materiál:
v K ₃ EDTA (molekulární genetika) v Li-Heparin (cytogenetika)	izolovaná DNA z: _____ (molekulární genetika)
Datum a čas odběru:	Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):
Klinická data: (doplní odesílající lékař nebo přiloží klinickou zprávu k žádance) STATIM	
Požadovaná vyšetření:	
Cytogenetika	
Karyotyp Vrozené vady v OA (Z877) Vrozené vady v RA (Z827) Amenorea (N912)	2+Neúspěch IVF (N978) 2+ SAB (N96) PoF (E283)
FISH (specifikujte)	ZCA OAS<10M (N46) AZOO (N46) Vyšetření dárce/dárkyně (Z005)
Molekulární genetika	
CarrierTest - prekoncepční panel kandidáta dárcovství (přenašečství recesivních mutací, odezva na stimulaci FSH) (Z005)	
CarrierTest - prekoncepční panel (trombofilní profil, přenašečství recesivních mutací, odezva na stimulaci FSH, u muže mikrodelece chromozomu Y - AZFa, AZFb, AZFc vč. SRY)	
<i>Porucha plodnosti (N978, N46)</i>	<i>Pokrevensví (Z843)</i>
<i>Jiné (Z827)</i>	
CarrierTest - kompatibilita s partnerem Partner / RČ : _____	
Syndrom FRAXA - vyšetření expanze CGG	screen
repetice FMR1	diagnostika
<i>PoF (E283)</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):

