

Žádanka na prediktivní genetické vyšetření - panel CarrierTest

Osobní data pacienta (štítek) Jméno a příjmení: _____ Číslo pojištěnce: _____ Datum narození: _____ Muž Žena Pojišťovna: _____ Samoplátce Adresa: _____ Diagnóza (MKN): _____	Indikující lékař: (jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Primární vzorek: periferní krev (5 ml nesrážlivé krve)	
<input type="checkbox"/> v K ₃ EDTA (molekulární genetika)	izolovaná DNA z: _____
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) <input type="checkbox"/> STATIM	
Požadovaná vyšetření:	
Prediktivní testování známé familiární mutace genu z CarrierTestu - specifikace gen: _____ název mutace: _____ Proband v rodině - jméno/RČ nebo datum narození: _____	
Prediktivní testování partnera nositele mutace genu z CarrierTestu - specifikace gen: _____ Partner - jméno/RČ nebo datum narození: _____	
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): _____

