

## Žádanka na genetické vyšetření hluchoty a neurogenetických chorob

Osobní data vyšetřované osoby (štítek):	Indikující lékař:
Jméno a příjmení: Číslo pojištěnce: Datum narození: Pojišťovna: <input type="checkbox"/> Samoplátce Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena Adresa:  Diagnóza (MKN):	      (jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Primární vzorek:	Jiný materiál:
<input type="checkbox"/> periferní krev (5ml nesrážlivé krve v K <sub>3</sub> EDTA) <input type="checkbox"/> izolovaná DNA z:	<input type="checkbox"/> kultivované buňky <input type="checkbox"/> jiné:
Datum a čas odběru:	Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):
Klinická data: <b>NUTNÉ vyplnit a k žádance přiložit rodokmen!</b> <input type="checkbox"/> STATIM	
<b>Důvod vyšetření:</b>  Pro neurogenetiku vyplnit neurologický nálezn (ev. přiložit zprávu z neurolog. vyš.):  Pro vyš. hluchoty vyplnit: <input type="checkbox"/> pacient slyší dobře <input type="checkbox"/> sluchová porucha u příbuzných, pacient slyší dobře <input type="checkbox"/> pacient neslyší <input type="checkbox"/> sluchová porucha u potomka, pacient slyší dobře	<b>Věk na začátku omenocnění:</b>  <b>Etnický původ pacienta:</b> <input type="checkbox"/> slovanský <input type="checkbox"/> romský <input type="checkbox"/> jiný
Požadovaná vyšetření:	
<b>Hluchota:</b> <input type="checkbox"/> Kaskádovité vyšetření mutací genu GJB2 (pro Connexin 26) - časná nesyndromová AR hluchota <input type="checkbox"/> AR hluchota - detekce mutace 35delG GJB2 <input type="checkbox"/> Fragmentační analýza genu pro Stereocilin <input type="checkbox"/> Detekce delecí v genech spojených s poruchou sluchu	
<b>Neurogenetika</b> <input type="checkbox"/> Vyšetření nejčastější mutace NBN (NBST) genu - Nijmegen breakage syndrom, primární mikrocefalie <input type="checkbox"/> Hereditární spastická paraparéza (SPG4 - gen SPAST, SPG31 - gen REEP1) - familiární AD <input type="checkbox"/> Prediktivní vyšetření mutace - gen SPAST (SPG4) a / nebo gen REEP1 (SPG31)	
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	
<b>Vyšetření provádí:</b> GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Pekařská 635/6, 158 00 Praha 5 – Jinonice, Tel: 226 231 691	
<b>Záznamy laboratoře:</b> Datum a čas příjmu vzorku/žádanky: Vzorek/žádanku přijal(a):	

