

Žádanka na preimplantační genetické testování

Preimplantační genetické testování – PGT („Preimplantation Genetic Testing“)

I. Vyplní klinický genetik/lékař pro indikaci k PGT

Osobní data pacientky (štítek)	Osobní data partnera (štítek)
Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: <input type="checkbox"/> Samoplátce Adresa: Diagnóza (MKN):	Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: <input type="checkbox"/> Samoplátce Adresa: Diagnóza (MKN):
Indikující lékař:	
(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)	
Typ preimplantačního vyšetření:	Indikace:
<input type="checkbox"/> PGT aneuploidií (PGT-A)	<input type="checkbox"/> věk <input type="checkbox"/> opakované spontánní potraty <input type="checkbox"/> opakované neúspěchy IVF <input type="checkbox"/> jiné:
<input type="checkbox"/> PGT – detekce pohlaví	Důvod:
<input type="checkbox"/> PGT– strukturní chromosomová vada (PGT-SR)	Karyotyp nosiče:
<input type="checkbox"/> PGT– monogenní choroba (PGT-M)	Gen: Dědičnost:
<input type="checkbox"/> jiné:	Popis:
Biopsie:	
<input type="checkbox"/> trofektodermu	<input type="checkbox"/> jiný materiál (uvedte jaký): (pouze po předchozí domluvě s laboratoří)
Časové požadavky:	
<input type="checkbox"/> standardně – do 30 dnů	<input type="checkbox"/> PGT-A STATIM k transferu v příštím cyklu – do 14 dnů
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:	

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 a že jsou splněny podmínky Zákona o specifických zdravotních službách (č. 373/2011 Sb., § 29, odst. 3).



Průvodka ke vzorkům na PGT

II. Vyplní spolupracující embryologická laboratoř při odběru trofektodermu

Pacientka:
Číslo pojištěnce (datum narození):
Embryologická laboratoř: (pracoviště, pobočka)
Počet bioptovaných embryí:
Biopsii provedl: Datum biopsie:
Požadována zpráva v anglickém jazyce: <input type="checkbox"/>

Vyplní PGT laboratoř	Vyplní embryologická laboratoř	
Číslo vzorku	Identifikace embrya (Embryo ID)	Poznámka / jiné sdělení laboratoři

Průvodku přijal/a:	Průvodku vystavil/a:
Datum:	Datum:
Podpis:	Podpis:

