

Žádanka na genetické vyšetření – příprava pro preimplantační genetické testování (PGT) – příbuzní, partner

(doprovodný dokument ke vzorkům partnera nebo příbuzných, jejichž analýza je nutná pro přípravu PGT)

Osobní data vyšetřované osoby (štítek):	Indikující lékař
Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Pohlaví: muž žena Adresa: Diagnóza (MKN):	(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Primární vzorek:	Jiný materiál:
periferní krev (5ml nesrážlivé krve v K3EDTA) jiný (prosím, specifikujte):	izolovaná DNA z:
Datum a čas odběru:	Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):
Klinická data vyšetřované osoby (doplň odesílající lékař):	
Má tato osoba dané onemocnění?	ANO NE
Výsledky vyšetření - bylo u této osoby provedeno genetické vyšetření zodpovědné mutace?	ANO NE
Pokud ano, prosíme přiložit zprávu s výsledkem genetického vyšetření, jinak nebude příprava PGT-M provedena.	
Toto vyšetření je nyní požadováno	ANO NE
Pacientka, pro níž je PGT připravována:	
Jméno a příjmení:	Datum narození:
PGT je připravována pro (doplňte název choroby):	
Vztah vyšetřované osoby k pacientce:	
Informovaný souhlas* - vyšetřovaná osoba:	
SOUHLASÍ s vyšetřením vzorku	NESOUHLASÍ s uskladněním vzorku
s využitím vzorku k výzkumným účelům	
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:	Vzorek/žádanku přijal(a):
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:	

