

## Žádanka na vyšetření genetických predispozic k potravinovým intolerancím

<b>Osobní data pacienta (štítek)</b>		<b>Indikující lékař:</b>	
Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Pohlaví: muž žena Adresa: Diagnóza (MKN):			
<b>Primární vzorek:</b>		<b>Jiný materiál:</b>	
periferní krev (5ml nesrážlivé krve v K <sub>3</sub> EDTA) bukální stěr		izolovaná DNA z:	
<b>Datum a čas odběru:</b>		<b>Datum a čas indikace</b>	
<b>Klinická data:</b>		<input type="checkbox"/> STATIM	
<b>Požadovaná vyšetření:</b>			
Laktózová intolerance (polymorfismy C/T-13910, G/A -22018 genu <i>LC7</i> )			
Hereditární fruktózová intolerance (varianty del4E4, p.A149P, p.A174D, p.N334K genu <i>ALDOB</i> )			
<b>Informovaný souhlas* - vyšetřovaná osoba:</b>			
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):	

