FERTICARE KARLSBAD
INSTITUT REPRODUKČNÍ MEDICÍNY A GENETIKY

M 8164

FertiCare SE
provozovna Karlovy Vary:
Bělehradská 1042/14
360 01 Karlovy Vary
IČO 01386620

Laboratoř lékařské genetiky
Tel: +420 353 433 967
Fax: +420 353 433 952
Web: www.genetikakv.cz
E-mail: info@ferticare.cz

Číslo karty	**ŽÁDANKA O GENETICKÉ VYŠETŘENÍ**	Laboratorní číslo vzorku

Příjmení a jméno vyšetřované/ ho	Rodné číslo/ datum narození	Pojišťovna	Pohlaví: ☐ žena ☐ muž
Adresa	Telefon		Diagnóza/ diagnózy

Datum odběru	Čas odběru	Odebral

Primární vzorek

☐ Periferní krev
☐ Plodová voda
☐ Bukální stěr
☐ Fetální krev
☐ DNA z periferní krve
☐ DNA z bukálního stěru
☐ Tkáň
☐ Jiný materiál .....

Razítko a podpis odesílajícího lékaře
IČP, odbornost, adresa, telefon, e-mail

.....
podpis lékaře

☐ **TM** ☐ **FV Leiden** ☐ **FII Prothrombin**
☐ *PAI -I* ☐ *MTHFR A1298C* ☐ *MTHFR C677T*

☐ **Array CGH**	☐ **Celiakie***
☐ **Cystická fibróza**	☐ **Laktózová intolerance***
☐ **Hereditární nesyndromová hluchota** (gen GJB2)	☐ **Farmakogenetika warfarinu***
☐ **SMA**	☐ **Hemochromatóza***
☐ **Syndrom fragilního chromozomu X** (gen FMR1)	☐ **Kardiovaskulární dispozice***
☐ **Mikrodelece Y chromozomu**	☐ **Pouze izolace DNA***
☐ **Jiné**	

☐ **Karyotyp** (G-pruhování)
☐ **FISH**
☐ **QF-PCR**
Chce znát pohlaví plodu: ☐ ANO ☐ NE
UZ stáří plodu .....
☐ **ZCA**
☐ **C – band** (C-pruhování)

Poznámka k vyšetření:

Záznamy laboratoře	**Datum přijetí**	**Čas přijetí**	**Přijal**
	Informovaný souhlas ☐ přiložen k žádance ☐ uložen v kartě pacienta		

Podmínky odběru vzorků: Manuál pro odběr primárních vzorků je dostupný v Laboratorní příručce kap. 5.2 na stránkách laboratoře www.genetikakv.cz. Vzorek musí být jednoznačně identifikován. Přiložená žádanka a informovaný souhlas pacienta musí být řádně vyplněny. Odebírající svým podpisem ručí za správný odběr vzorku dle Laboratorní příručky.

*** Vyšetření neakreditovaná Českým institutem pro akreditaci, o.p.s. dle ČSN EN ISO 15189:2013**