

Číslo karty	ŽÁDANKA O GENETICKÉ VYŠETŘENÍ			Laboratorní číslo vzorku
INFORMACE O PACIENTOVI				
Příjmení	Jméno	Rodné číslo/ datum narození	Pojišťovna	Pohlaví: <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž
Adresa		Telefon	Diagnóza/ diagnózy	
INFORMACE O ODBĚRU				
Datum odběru	Čas odběru	Odebral	Razítko a podpis odesílajícího lékaře IČP, odbornost, adresa, telefon, e-mail podpis lékaře	
Primární vzorek <input type="checkbox"/> Periferní krev <input type="checkbox"/> DNA z periferní krve <input type="checkbox"/> Plodová voda <input type="checkbox"/> DNA z bukalního stěru <input type="checkbox"/> Bukální stěr <input type="checkbox"/> Tkáň <input type="checkbox"/> Choriové klky <input type="checkbox"/> Jiný materiál				
<input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> FV Leiden <input type="checkbox"/> FII Prothrombin <i>V režimu samoplátce</i> <input type="checkbox"/> PAI -I <input type="checkbox"/> MTHFR A1298C <input type="checkbox"/> MTHFR C677T			<input type="checkbox"/> Karyotyp (G-pruhování) <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> ZCA <input type="checkbox"/> C – band (C-pruhování)	
<input type="checkbox"/> Array CGH		<input type="checkbox"/> Celiakie*		
<input type="checkbox"/> Cystická fibróza (gen CFTR)		<input type="checkbox"/> Laktózová intolerance*		
<input type="checkbox"/> Hereditární nesyndromová hluchota (Connexin 26, gen GJB2)		<input type="checkbox"/> Farmakogenetika warfarinu*		
<input type="checkbox"/> Spinální muskulární atrofie (gen SMN1)		<input type="checkbox"/> Hemochromatóza*		
<input type="checkbox"/> Syndrom fragilního chromozomu X (gen FMR1)		<input type="checkbox"/> Kardiovaskulární dispozice*		
<input type="checkbox"/> Mikrodelece Y chromozomu		<input type="checkbox"/> Pouze izolace DNA*		
<input type="checkbox"/> Jiné			<input type="checkbox"/> QF-PCR Chce znát pohlaví plodu: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE UZ stáří plodu	
<input type="checkbox"/> PGT - A <input type="checkbox"/> PGT - SR				
Poznámka k vyšetření: 				
ZÁZNAMY LABORATOŘE		Datum přijetí	Čas přijetí	Přijal
		Informovaný souhlas <input type="checkbox"/> přiložen k žádance <input type="checkbox"/> uložen v kartě pacienta		
Podmínky odběru vzorků: Manuál pro odběr primárních vzorků je dostupný v Laboratorní příručce 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.				
Odběrový materiál: <input type="checkbox"/> EDTA zkumavka <input type="checkbox"/> Li Heparin zkumavka <input type="checkbox"/> AMC				
* Vyšetření mimo rozsah akreditace dle ČSN EN ISO 15189 ed. 3:2023.				