

Číslo karty		ŽÁDANKA O GENETICKÉ VYŠETŘENÍ			Laboratorní číslo vzorku
Příjmení a jméno vyšetřované/ ho		Rodné číslo/ datum narození	Pojišťovna	Pohlaví: <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	
Adresa		Telefon		Diagnóza/ diagnózy	
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 <input type="checkbox"/> <i>PAI -I</i> <input type="checkbox"/> <i>MTHFR A1298C</i> <input type="checkbox"/> <i>MTHFR C677T</i>			<input type="checkbox"/> Karyotyp (G-pruhování) <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> ZCA <input type="checkbox"/> C – band (C-pruhování) <input type="checkbox"/> QF-PCR Chce znát pohlaví plodu: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE UZ stáří plodu		
<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"/> Jiné					
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.genetikav.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.					