



Číslo pacienta:

Číslo vzorku (laboratorní):

Žádanka o molekulárně-genetické vyšetření

..... /

Příjmení, jméno vyšetřované/ho

Číslo pojištěnce / datum narození

Pohlaví vyšetřovaného: Ženské/Mužské

Adresa/Tel: **Pojišťovna:**

Primární vzorek: Periferní krev DNA z periferní krve Jiné.....
 Bukální stěr DNA z bukálního stěru

Základní diagnóza:

Ostatní diagnózy:

Datum odběru:

Čas odběru:

Odebral:

Razítko odesílajícího lékaře (IČP, odbornost, adresa, telefon, fax, e-mail):

.....
Podpis lékaře

Požadované vyšetření:

Trombofilní stavy FV Leiden FII Prothrombin PAI-1 MTHFR A1298C MTHFR C677T

Cystická fibróza

Mikrodelece Y chrom. AZFa, AZFb, AZFc

Další*: Pouze izolace DNA Celiakie Jiné

Cukrová intolerance Farmakogenetika warfarinu

Kardiovaskulární dispozice Hemochromatóza

Záznamy laboratoře:

Datum a čas přijetí vzorku do laboratoře, přijal:.....

Informovaný souhlas dodán: ANO uložen v kartě IRMG

Podmínky odběru vzorků:

2 ml venózní krve odebrané do EDTA nebo sterilní výtěrka v případě bukálních stěrů.

Vzorek musí být jednoznačně identifikován.

Příložená žádanka a informovaný souhlas pacienta musí být řádně vyplněny.

Odebírající svým podpisem na žádance ručí za správný odběr vzorku dle Laboratorní příručky.

* tato nabídka se týká služeb, které nejsou zahrnuty v rozsahu akreditace

Číslo pacienta:

Číslo vzorku (laboratorní):

Žádanka o molekulárně-genetické vyšetření

..... /

Příjmení, jméno vyšetřované/ho

Číslo pojištěnce / datum narození

Pohlaví vyšetřovaného: Ženské/Mužské

Adresa/Tel: **Pojišťovna:**

Primární vzorek: Periferní krev DNA z periferní krve Jiné.....
 Bukální stěr DNA z bukálního stěru

Základní diagnóza:

Ostatní diagnózy:

Datum odběru:

Čas odběru:

Odebral:

Razítko odesílajícího lékaře (IČP, odbornost, adresa, telefon, fax, e-mail):

.....
Podpis lékaře

Požadované vyšetření:

Trombofilní stavy FV Leiden FII Prothrombin PAI-1 MTHFR A1298C MTHFR C677T

Cystická fibróza

Mikrodelece Y chrom. AZFa, AZFb, AZFc

Další*: Pouze izolace DNA Celiakie Jiné

Cukrová intolerance Farmakogenetika warfarinu

Kardiovaskulární dispozice Hemochromatóza

Záznamy laboratoře:

Datum a čas přijetí vzorku do laboratoře, přijal:.....

Informovaný souhlas dodán: ANO uložen v kartě IRMG

Podmínky odběru vzorků:

2 ml venózní krve odebrané do EDTA nebo sterilní výtěrka v případě bukálních stěrů.

Vzorek musí být jednoznačně identifikován.

Příložená žádanka a informovaný souhlas pacienta musí být řádně vyplněny.

Odebírající svým podpisem na žádance ručí za správný odběr vzorku dle Laboratorní příručky.

* tato nabídka se týká služeb, které nejsou zahrnuty v rozsahu akreditace