



Číslo pacienta: .....

Číslo vzorku (laboratorní): .....

## Žádanka o molekulárně-genetické vyšetření

Příjmení, jméno vyšetřované/ho

Číslo pojištěnce / datum narození

Pohlaví vyšetřované/ho: 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 vyšetřované/ho: 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