

Žádanka k laboratornímu genetickému vyšetření

Vyšetřovaná osoba		Proband	
Jméno: Příjmení: Č. pojištěnce/ r. č.: Pojišťovna: Adresa: Datum narození*: Pohlaví pacienta*: Číslo chorobopisu: *) Vyplňujte pouze v případě, že tyto údaje nejsou zřejmé z rodného čísla		Jméno: Příjmení: Rodné číslo: Č. chorobopisu: Vyplňujte v případě, že se liší od vyšetřované osoby.	
Indikující lékař		Datum a čas indikace	Urgence
(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)			STATIM
		Orphakód pro účtování	Pouze žádanka
			vzorek již v laboratoři
		Kód(y) diagnóz(y) dle MKN	
<input type="checkbox"/>	Jen izolace DNA/RNA	<input type="checkbox"/>	Izolovanou DNA vrátit na ambulanci
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	2 nezávislé izolace DNA
Požadovaná vyšetření			
Diagnóza – důvod vyšetření, fenotyp, genealogie, dosud provedená vyšetření			
Materiál		Informovaný souhlas – pacient souhlasí	
<input type="checkbox"/>	EDTA (krev)	<input type="checkbox"/>	s vyšetřením
<input type="checkbox"/>	heparin (krev)	<input type="checkbox"/>	žádá o sdělení sekundárních/náhodných nálezů
<input type="checkbox"/>	PAXgene (krev)	<input type="checkbox"/>	s využitím materiálu k výzkumným účelům
<input type="checkbox"/>	krvní skvrna (FTA/Guthrieho karta)	<input type="checkbox"/>	s využitím k interní/externí kontrole kvality
<input type="checkbox"/>	choriové klky (nativní/kultivované)	<input type="checkbox"/>	s uskladněním vzorku
<input type="checkbox"/>	plodová voda (nativní/kultivovaná)	<input type="checkbox"/>	žádá o likvidaci vzorku
<input type="checkbox"/>	tkáň z potratu	<input type="checkbox"/>	IS zatím chybí (konzilium)
		Záznamy laboratoře	
<input type="checkbox"/>	bukální stěr	Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:	
<input type="checkbox"/>	suspenze		
<input type="checkbox"/>	DNA izolovaná z:	Vzorek/žádanku přijal(a):	
<input type="checkbox"/>	jiný:		
<input type="checkbox"/>		Poznámky:	
Datum a čas odběru	Jmenovka a podpis odbírajícího		