|  |
| --- |
| **Žádanka k laboratornímu genetickému vyšetření** |
| **Vyšetřovaná osoba** | **Proband** |
| Jméno: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: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 |
| **Datum a čas odběru** | **Pouze žádanka** |
|  |  | vzorek již uložen v laboratoři |
| **Jmenovka a podpis odebírajícího** |
|  |
| **Genealogie** |
|  | solitární výskyt |  | familiární výskyt |
| **Kód(y) diagnóz dle MKN** |
|  |
|  | Pouze izolace DNA/RNA |  | Izolovanou DNA vrátit na ambulanci |  | 2 nezávislé izolace DNA |
| **Požadovaná vyšetření** |
|  |
| **Diagnóza – důvod vyšetření, dosud provedená vyšetření** |
|  |
| **Primární vzorek** | **Informovaný souhlas\* – pacient souhlasí:** |
|  | krev v: |  | EDTA |  | heparin |  | PAXgene |  | s vyšetřením |
|  | nativní plodová voda |  | žádá o sdělení náhodných nálezů |
|  | nativní choriové klky |  | s uskladněním vzorku |
|  | krevní skvrna (FTA/Guthrieho karta) |  | s využitím materiálu k výzkumným účelům |
|  | bukální stěr (pouze FISH) |  | s využitím k interní/externí kontrole kvality |
|  | jiný: | \*) Odesláním žádanky potvrzuji, že pacientem či zákonným zástupcem je podepsán IS, který je buď uložen v dokumentaci pacienta, nebo je přiložen k této žádance. |
| **Jiný materiál** | **Záznamy laboratoře** |
|  | kultivované amniocyty | Datum a čas přijmu vzorku/žádanky:Vzorek/žádanku přijal(a): |
|  | kultivované choriové klky |
|  | suspenze |
|  | DNA izolovaná z: |