

Žádanka k laboratornímu genetickému vyšetření			
Vyšetřovaná osoba		Proband	
Jméno: Č. pojištěnce/r. č.: Pojišťovna: Adresa: Datum narození*: Pohlaví pacienta*: Číslo chorobopisu: *) Vyplňte pouze v případě, že tyto údaje nejsou zřejmé z rodného čísla		Jméno: Rodné číslo: Č. chorobopisu: (vyplňte 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			
<input type="checkbox"/> Pouze izolace DNA/RNA		<input type="checkbox"/> Izolovanou DNA vrátit na ambulanci	<input type="checkbox"/> 2 nezávislé izolace DNA
Požadovaná vyšetření			
Diagnóza – důvod vyšetření, dosud provedená vyšetření			
Primární vzorek		Informovaný souhlas* – pacient souhlasí:	
<input type="checkbox"/> krev v:	<input type="checkbox"/> EDTA	<input type="checkbox"/> heparin	<input type="checkbox"/> PAXgene
<input type="checkbox"/> nativní plodová voda		s vyšetřením	
<input type="checkbox"/> nativní choriové klky		žádá o sdělení náhodných nálezů	
<input type="checkbox"/> krevní skvrna (FTA/Guthrieho karta)		s uskladněním vzorku	
<input type="checkbox"/> bukalní stěr (pouze FISH)		s využitím materiálu k výzkumným účelům	
<input type="checkbox"/> jiný:		s využitím k interní/externí kontrole kvality	
		*) Odesláním žádanky potvrzují, 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	
<input type="checkbox"/> kultivované amniocyty		Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:	
<input type="checkbox"/> kultivované choriové klky		Vzorek/žádanku přijal(a):	
<input type="checkbox"/> suspenze			
<input type="checkbox"/> DNA izolovaná z:			