

10.02 ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ V GENETICKÉ LABORATOŘI

Jméno a příjmení pacienta			
Rodné číslo / Datum narození		Pojišťovna	
Datum odběru vzorku		Diagnóza	
Indikace		Datum indikace	
Poznámka (pohlaví, ..)			

PRIMÁRNÍ VZOREK / MATERIÁL K VYŠETŘENÍ – OZNAČTE KŘÍŽKEM, *upřesněte

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> PK | <input type="checkbox"/> stěr z bukální sliznice |
| <input type="checkbox"/> AMC | <input type="checkbox"/> blastomery |
| <input type="checkbox"/> CVS | <input type="checkbox"/> buňky trofektodermu |
| <input type="checkbox"/> SAB | <input type="checkbox"/> jiné* |

Při odběru seřídte pokyny uvedenými v Laboratorní příručce GL a 1-PP-Pmg-02: Odběr vzorků (periferní krev (PK), plodová voda (AMC), biopsie choria (CVS), potrácená tkáň (SAB), stěr z bukální sliznice). Informovaný souhlas pacienta s genetickým vyšetřením je součástí jeho lékařské dokumentace.

POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ – OZNAČTE KŘÍŽKEM, *upřesněte

Cytogenetické:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> karyotyp z periferní krve | <input type="checkbox"/> ZCA |
| <input type="checkbox"/> karyotyp plodu | <input type="checkbox"/> FISH |
| <input type="checkbox"/> karyotyp produktu koncepce | <input type="checkbox"/> hodnocení více mitóz |
| <input type="checkbox"/> jiné* | |

Molekulárně genetické:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> trombofilní mutace FV a FII | Diagnóza: D689 |
| <input type="checkbox"/> mutace v CFTR genu | Diagnóza: N46, E849 * nehodící škrtněte |
| <input type="checkbox"/> mikrodelece na chromozomu Y | |
| <input type="checkbox"/> mutace v SMN1 genu | |
| <input type="checkbox"/> aneuploidie chromozomů 13, 18, 21, X a Y metodou QF PCR | |
| <input type="checkbox"/> jiné* | |
| <input type="checkbox"/> izolace a uchování DNA | |
| <input type="checkbox"/> izolace DNA a zaslání na jiné pracoviště/vyšetření* | |
| <input type="checkbox"/> NEUCHOVÁVAT DNA po ukončení vyšetření | |

PGD:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> PGS vyšetření všech chromozomů včetně translokací |
| <input type="checkbox"/> PGS metodou FISH (13,15,16,18,21,22,X a Y) |
| <input type="checkbox"/> PGD translokací metodou FISH* |
| <input type="checkbox"/> PGD monogenních chorob* |
| <input type="checkbox"/> testování sond pro PGD translokací metodou FISH* |
| <input type="checkbox"/> testování rodinných příslušníků pro PGD monogenních chorob |

IDENTIFIKACE ŽADATELE (razítko, odbornost a podpis lékaře)

--

Vyplní laboratoř

Datum příjmu vzorku:

Přijal a kontroloval: