

10.02 ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ V GENETICKÉ LABORATOŘI

Jméno a příjmení pacienta:			
Číslo pojištěnce:		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 se řiďte 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: odbírat do Vacuette NH Sodium | Heparin se zeleným víčkem |
| <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: odbírat do Vacuette K₃EDTA s fialovým víčkem

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> trombofilní mutace FV a FII | Dg.: D689 | |
| <input type="checkbox"/> mutace v <i>CFTR</i> genu | Dg.: N46, E849, Z825 | |
| <input type="checkbox"/> mutace v <i>SMN1</i> genu | Dg.: G129, Z827 | |
| <input type="checkbox"/> mutace 35delG v genu <i>GJB2</i> pro Connexin 26 | Dg.: H918, Z822 | |
| <input type="checkbox"/> mikrodelece na chromozomu Y | Dg.: N46, Q564 | |
| <input type="checkbox"/> aneuploidie chromozomů 13,18,21,X,Y metodou QF-PCR | Dg.: O351 | |
| <input type="checkbox"/> prekoncepční test genetické kompatibility páru (Compa-test) | jmeno partnera/ky pro test genetické kompatibility → | zde nalepte štítek partnera/ky |
| <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 | | |

Preimplantační genetické vyšetření:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> PGT-A (vyšetření všech chromozomů včetně translokací (PGT-SR)) |
| <input type="checkbox"/> PGT-M (vyšetření monogenních chorob*) |
| <input type="checkbox"/> testování rodinných příslušníků pro PGT-M (monogenních chorob) |

IDENTIFIKACE ŽADATELE (razítko, odbornost a podpis lékaře)

--

Vyplní laboratoř

Datum příjmu vzorku:

Přijal a kontroloval: