

## 10.02 ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ V GENETICKÉ LABORATOŘI

<b>Příjmení a jméno pacienta:</b>			
<b>Číslo pojištěnce:</b>		<b>Pojišťovna:</b>	
<b>Datum odběru vzorku:</b>		<b>Diagnóza:</b>	
<b>Indikace:</b>		<b>Datum indikace:</b>	
<b>Poznámka (pohlaví, ..):</b>			

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

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> PK  | <input type="checkbox"/> stěr z bukalní 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 bukalní sliznice). Informovaný souhlas pacienta s genetickým vyšetřením je součástí jeho lékařské dokumentace.

### POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ – OZNAČTE KŘÍŽKEM, \*upřesněte

- |   |   |
|---|---|
| <b>Cytogenetické: PK odebírat do Vacuette NH Sodium</b> | <b>Heparin se zeleným víčkem</b>              |
| <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: PK odebírat do Vacuette K<sub>3</sub>EDTA 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) | jméno 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: