

## Žádanka na genetické vyšetření PKP, dárcovství gamet (expanded) CarrierTest

<b>Osobní data pacienta (štítek)</b>  Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: <span style="float: right;">Samoplátce</span> Pohlaví: <span style="margin-left: 100px;">muž</span> <span style="margin-left: 100px;">žena</span> Adresa:  Diagnóza (MKN):	<b>Indikující lékař:</b>     <div style="text-align: right;">(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)</div>
<b>Primární vzorek:</b> periferní krev (5 ml nesrážlivé krve)	<b>Jiný materiál:</b>
v K <sub>3</sub> EDTA (molekulární genetika) v Li-Heparin (cytogenetika)	izolovaná DNA z: _____ (molekulární genetika)
<b>Datum a čas odběru:</b>	<b>Datum a čas indikace</b> (pokud se liší od data odběru):
<b>Klinická data:</b> (doplní odesílající lékař nebo přiloží klinickou zprávu k žádance)	
<b>STATIM</b>	
<b>Požadovaná vyšetření:</b>	
<b>Cytogenetika</b>	
<b>Karyotyp</b>	Vrozené vady v OA (Z877) Vrozené vady v RA (Z827) Amenorea (N912)
	2+Neúspěch IVF (N978) 2+ SAB (N96) PoF (E283)
	OAS<10M (N46) AZOO (N46) Vyšetření dárce/dárkyně (Z005)
<b>FISH</b> ..... (specifikujte)	<b>ZCA</b>
<b>Molekulární genetika</b>	
<b>CarrierTest - prekoncepční panel kandidáta dárcovství</b> (přenašečství recesivních mutací, odezva na stimulaci FSH) (Z005)	
<b>CarrierTest - prekoncepční panel</b> (trombofilní profil, přenašečství recesivních mutací, odezva na stimulaci FSH, u muže mikrodelece chromozomu Y - AZFa, AZFb, AZFc vč. SRY)	
<i>Porucha plodnosti (N978, N46)</i>	<i>Pokrevensví (Z843)</i>
	<i>Jiné (Z827)</i>
<b>CarrierTest - kompatibilita s partnerem</b> Partner / RČ : _____	
<b>Syndrom FRAXA - vyšetření expanze CGG</b>	<b>screen</b>
<b>repetice FMR1</b>	<b>diagnostika</b>
	<i>PoF (E283)</i>
<b>Informovaný souhlas* – vyšetřovaná osoba:</b>	
SOUHLASÍ s vyšetřením vzorku s využitím vzorku k výzkumným účelům s uskladněním vzorku	NESOUHLASÍ s uskladněním vzorku
*) Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že pacientem či zákonným zástupcem je podepsán IS, který je buď uložen v dokumentaci pacienta nebo je přiložen k této žádance	
<b>Vyšetření provádí:</b> GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Pekařská 635/6, 158 00 Praha 5 – Jinonice, Tel: 226 231 691	
<b>Záznamy laboratoře:</b>	
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:	Vzorek/žádanku přijal(a):

