

Žádanka na molekulárně biologické vyšetření



Číslo pojištěnce:	Kód pojišťovny:	Datum odběru:
Jméno a příjmení:		Čas odběru:
Diagnóza:	Pohlaví - muž: <input type="checkbox"/> žena: <input type="checkbox"/>	Odběr provedl:
STATIM: <input type="checkbox"/> Výsledky osobně: <input type="checkbox"/> Tel./Fax:	Razítko a podpis lékaře (IČP):	
Druh primárního vzorku - krev: <input type="checkbox"/> moč: <input type="checkbox"/> jiný: <input type="checkbox"/>		
Kontakt na pacienta:		
Klinické informace o pacientovi:		



Zelená linka: 800 400 482, 800 110 210

Svozná služba: pondělí - pátek 6³⁰ - 14³⁰ - 602 747 925, 602 264 514

HEMATOLOGIE

<input type="checkbox"/>	FV Leiden (FVL, R506Q)
<input type="checkbox"/>	Protrombin (FII, G20210A)
<input type="checkbox"/>	MTHFR (C677T)
<input type="checkbox"/>	MTHFR (A1298C)
<input type="checkbox"/>	GPIa (C807T)
<input type="checkbox"/>	GPIIIa (L33P)
<input type="checkbox"/>	FXIII (Val34Leu)
<input type="checkbox"/>	PAI-1 (4G/5G)
<input type="checkbox"/>	ACE (I/D)

ONKOHEMATOLOGIE

<input type="checkbox"/>	JAK2 (V617F)
<input type="checkbox"/>	BCR/ABL detekce fúzního genu

FARMAKOGENETIKA

<input type="checkbox"/>	CYP2C9*2 (C430T), *3 (A1075C) + VKORC1 (-1639G>A)
<input type="checkbox"/>	TPMT (G238C, G460A, A719G)

ONKOGENETIKA

<input type="checkbox"/>	KRAS/NRAS - FFPE řez
--------------------------	----------------------

OSTATNÍ

<input type="checkbox"/>	HLA-B27
<input type="checkbox"/>	Hemochromatóza (C282Y, H63D, S65C)
<input type="checkbox"/>	Mikrodelece Y
<input type="checkbox"/>	Cystická fibróza (CFTR) - 35 mutací + Tn/TGn IVS8
<input type="checkbox"/>	Spinální muskulární atrofie (SMA) - delece genu <i>SMN1</i>
<input type="checkbox"/>	Syndrom fragilního chromozómu X (FRAXA)
<input type="checkbox"/>	Connexin 26 (35delG GJB2) - AR dědičná hluchota
<input type="checkbox"/>	Celiakální sprue (DQ2, DQ8)
<input type="checkbox"/>	Laktózová intolerance (C/T -13910, G/A -22018)
<input type="checkbox"/>	Gilbertův syndrom (UGT1A1 TATA box)
<input type="checkbox"/>	ApoE (E2, E3, E4)
<input type="checkbox"/>	ApoB100 (R3500Q)

POŽADAVEK NA ODBĚR

<input type="checkbox"/>	Odběr krve
--------------------------	------------

Zlín, tř. T. Bati 3910 (bývalá budova ČSAD)	odběry: 6 ⁴⁵ - 14 ⁰⁰
Zlín, tř. T. Bati 3705 (budova polikliniky)	odběry: 6 ³⁰ - 14 ³⁰
Zlín-Malenovice, Zahradní 973 (budova polikliniky)	odběry: 6 ³⁰ - 11 ⁰⁰
Vsetín, Mostecká 357 (Osteologie)	odběry: 7 ⁰⁰ - 11 ⁰⁰
Vizovice, Masarykovo nám. 1325 (Zdravotní středisko)	odběry: 6 ⁰⁰ - 10 ⁰⁰
Valašské Klobouky, Krátká 798 (budova polikliniky)	odběry: 6 ³⁰ - 14 ⁰⁰
Uherský Brod, Partyzánů 2174 (budova polikliniky)	odběry: 6 ³⁰ - 14 ³⁰
Uherské Hradiště, Vodní 13 (budova polikliniky)	odběry: 6 ³⁰ - 14 ³⁰
Přerov, nám. Přerovského povstání 1 (budova polikliniky)	odběry: 6 ³⁰ - 14 ⁰⁰
Otrokovice, tř. T. Bati 1566 (Zdravotní středisko TOMA)	odběry: 6 ³⁰ - 10 ⁴⁵
Otrokovice, Tř. Osvobození 1388 (budova polikliniky)	odběry: 6 ⁴⁵ - 14 ⁰⁰
Napajedla, Sadová 1042 (Zdravotní středisko)	odběry: 6 ⁴⁵ - 12 ³⁰
Luhačovice, Masarykova 315 (Zdravotní středisko)	odběry: 7 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰
Lipník nad Bečvou, Osecká 309 (budova Medcentrum)	odběry: 6 ⁰⁰ - 9 ³⁰
Hranice, Na Náspech 78 (Zdravotní středisko)	odběry: 6 ³⁰ -13 ⁰⁰ , pá: 6 ³⁰ -8 ³⁰
Brumov-Bylnice, Družba 1189 (Zdravotní středisko)	odběry: út, čt, pá 7 ⁰⁰ - 10 ³⁰
Brno-Starý Lískovec, U pošty 402/14 (budova polikliniky)	odběry: 7 ⁰⁰ - 13 ³⁰

Barevné rozlišení odběrového materiálu

Fialová - s EDTA (zkumavka na krevní obraz) či citrátem sodným

Odběry: periferní krev

Izolace DNA - zaslat na pracoviště:

Číslo žádanky:
Datum příjmu:
Datum izolace:

Odběr krve k vyšetření lidské DNA byl proveden s informovaným souhlasem pacienta. Souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta.

Pacient souhlasí s: uložením vzorku pro další analýzu
 anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

POZNÁMKY

--

Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s genetickým laboratorním vyšetřením

JMÉNO VYŠETŘOVANÉ/HO:

ČÍSLO POJIŠTĚNCE:

Účel genetického laboratorního vyšetření:

- ověření/potvrzení diagnózy nemoci a/nebo vývojové vady:
- zjištění predispozice pro nemoc a/nebo vývojovou vadu:
- zjištění přenašečství pro nemoc a/nebo vývojovou vadu:
- k optimalizaci léčby:
- jiné

Ze vzorku: kostní dřeň, periferní krev, tkáň tumoru, plodová voda, jiné

A. Prohlášení lékaře - vyplňuje lékař

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika výše uvedeného cytogenetického/genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno lékaře:

Datum:..... **Razítko a podpis:**.....

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

- **Přeji/** **Nepřeji** si být informován/a o výsledku cytogenetického/genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji/** **Nepřeji** si být informován/a o výsledku neočekávaných nálezů.
- **Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno: Adresa:

Jméno: Adresa:

- **Souhlasím/** **Nesouhlasím** s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných.
- **Souhlasím/** **Nesouhlasím** s uchováním buněčné suspenze/DNA pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny. Jsem si vědom/a, že v případě nesouhlasu, již nebude možné výsledek některých vyšetření dodatečně ověřit nebo doplnit a bude nutný nový odběr materiálu.
- **Souhlasím/** **Nesouhlasím** s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření. Byl/a jsem seznámen/a s možností vysoké stresové zátěže při sdělení pozitivního výsledku a všemi důsledky s tím spojenými. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že jsem všem údajům, poučením a souhlasům, které mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl/a.

Dne:.....

V..... Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

Jméno zákonného zástupce:..... Číslo pojištění:

Vztah k vyšetřované osobě: