

ŽÁDANKA NA MOLEKULÁRNĚ BIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Číslo pojistnice / Cizinci - datum narození	Pojistovna	Datum odběru	Čas odběru
Příjmení	Titul	Odběr provedl	
Jméno	Pohlaví (ž/m)	Diagnóza	
Počet požad. vyš.	Adresa pacienta	Hradí samoplátce (částka)	

Jméno lékaře	
Razítko (vč. IČZ), podpis	
Statim	Telefon



CITYLAB s.r.o.
Seydlerova 2451/8
158 00 Praha 5

zelená linka:
800 801 811

Přijem materiál:
277 004 451

www.citylab.cz

HEMATOLOGIE

- FV Leiden (FVL, R506Q)
- Protrombin (FII, G20210A)
- MTHFR (C677T, A1298C)
- GPIa (C807T)
- GPIIb (L33P)
- FXIII (Val34Leu)
- PAI-1 (4G/5G)
- ACE (I/D)

ONKOHEMATOLOGIE

- JAK2 (V617F) JAK2 (exon 12)
- CALR (exon 9) MPL (W515L, W515K)
- BCR/ABL detekce fúzního genu

FARMAKOGENETIKA

- CYP2C9*2 (C430T), *3 (A1075C) + VKORC1 (-1639G>A)
- TPMT (G238C, G460A, A719G)

ONKOGENETIKA

- KRAS/NRAS – FFPE řez

OSTATNÍ

- HLA-B27
- Hemochromatóza (C282Y, H63D, S65C)
- Kongenitální adrenální hyperplazie (CAH - 11 mutací + MLPA)
- Receptor pro folikulstimulační hormon (FSHr – Ser680Asn)
- Mikrodelece Y
- Cystická fibróza (CFTR) - 35 mutací + Tn/TGn IVS8
- Spinální muskulární atrofie (SMA) – delece genu SMN1
- Syndrom fragilního chromozómu X (FRAXA)
- Connexin 26 (35delG GJB2) – AR dědičná hluchota
- HLA-C typizace (C1/C2) KIR haplotyp (A/B)
- Celiakální sprue (DQ2, DQ8)
- Laktózová intolerance (C/T -13910, G/A -22018)
- Osteoporóza (Col1A1 SP1 104-441G>T + VDR BsmI 1024+283G>A)
- Fruktózová intolerance (AldoB-A149P, A174D, N334K, del4E4)
- Gilbertův syndrom (UGT1A1 TATA box)
- ApoE (E2, E3, E4)

Izolace DNA – zaslat na pracoviště:

Číslo žádanky:
Datum příjmu:
Datum izolace:

Razítko lékaře nebo oddělení s adresou:
Podpis lékaře:
Materiál odebral:

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

Odběrový materiál: zkumavka s K₃ EDTA s fialovým uzávěrem

Žádanka na laboratorní vyšetření je určena pro vyšetření s léčebným cílem nebo pro vyšetření s cílem ochrany lidského zdraví a v souladu s § 58 zákona č. 235/2004 Sb. o DPH jsou tato vyšetření osvobozena od DPH. V opačném případě je žadatel povinen tuto skutečnost oznámit laboratorní.

**jméno pacienta uvádějte ve formátu: příjmení jméno

Materiál je zpracováván ve spolupráci s laboratorními lékařskými genetiky Vaše laboratoře, s.r.o.

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, křáň 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 pojištěnce:

Vztah k vyšetřované osobě: