



Vaše laboratoře

Laboratoř molekulární biologie:

U Lomu 638, 760 01 Zlín,
tel.: 577 001 100, 602 592 024
zemanek@vaselaboratore.cz
www.vaselaboratore.cz

ŽÁDANKA

A INFORMOVANÝ SOUHLAS

Zelená linka: 800 110 210, svozová služba: pondělí - pátek 6³⁰ - 16⁰⁰ - 602 747 925

k provedení genetického testu mutací rizikových při podávání hormonální antikoncepce

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

Příjmení: Jméno: Rodné číslo:

Adresa pro doručení výsledků:

Město: PSČ:

Telefon: E-mail:

Pro účely testu budou provedena stanovení mutací:

- Faktoru V Leiden (R506Q ~G1691A)
- Faktoru II Protrombinu (G20210A)



Seznam akreditovaných
metod naleznete
na www.vaselaboratore.cz

Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí straně.

Druh primárního vzorku: krev

Odběr: zkumavka s EDTA (zkumavka na krevní obraz) odběr krve

Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že jsem se seznámila s informačním materiálem k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. Doplňující informace jsem si mohla přečíst na www.vaselaboratore.cz.

Vyplnit v případě, že je nutno použít institut zákonného zástupce

Jméno zákonného zástupce:

Rodné číslo: Vztah k vyšetřované osobě:

Rozhodl(a) jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

- Pokud to bude možné, bude můj vzorek skladován pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny po dobu 1 roku.
- Můj vzorek bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem krevního vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření.

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):

V: Dne: