

MOLEKULÁRNĚ BIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Laboratoř molekulární biologie

Vaše laboratoře s.r.o., U Lomu 638, 760 01 Zlín
tel.: 571 666 900, 602 592 024

Číslo pojištění:

Kód pojišťovny:

Jméno a příjmení:

Datum a čas odběru:

Diagnóza:

Pohlaví - muž: ☐ žena: ☐

Odběr provedl:

STATIM: ☐ Výsledky osobně: ☐ Tel./Fax:

Razítko a podpis lékaře (IČP):

Druh primárního vzorku - krev: ☐ moč: ☐ jiný:

Kontakt na pacienta:

Klinické informace o pacientovi:

HEMATOLOGIE

☐	FV Leiden (FVL, R506Q)
☐	Protrombin (FII, G20210A)
☐	MTHFR (C677T, A1298C)
☐	GPIa (C807T)
☐	GPIIa (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 <i>SMN1</i>
☐	Syndrom fragilního chromozómu X (FRAXA)
☐	Connexin 26 (35delG GJB2) – AR dědičná hluchota
☐	Celiakální sprue (DQ2, DQ8)
☐	Laktózová intolerance (C/T -13910, G/A -22018)
☐	Gilbertův syndrom (UGT1A1 TATA box)
☐	ApoE (E2, E3, E4)

Příjem vzorků: 571 666 321

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

Zlín, třída Tomáše Bati 3910 (bývalá budova ČSAD)	odběry: 6 ⁴⁵ - 14 ⁰⁰
Zlín, třída Tomáše Bati 3705 (budova polikliniky)	odběry: 6 ⁴⁵ - 14 ⁰⁰
Zlín, třída Tomáše Bati 508 (budova OKO)	odběry: 7 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰
Zlín-Jižní Svahy, Okružní 4699 (I. segment)	odběry: 7 ⁰⁰ - 11 ⁰⁰
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: 7 ⁰⁰ - 11 ⁰⁰
Valašské Klobouky, Krátká 798 (budova polikliniky)	odběry: 6 ⁰⁰ - 13 ³⁰
Uherský Brod, Partyzánů 2174 (budova polikliniky)	odběry: 6 ³⁰ - 14 ³⁰
Uherské Hradiště, Vodní 13 (budova polikliniky) - smluvní laboratoř	odběry: 6 ³⁰ - 14 ³⁰
Svitavy, Nádražní 1285/7 (laboratoř) - smluvní laboratoř	odběry: 7 ³⁰ - 12 ⁰⁰
Přerov, nám. Přerovského povstání 1 (budova polikliniky) - smluvní laboratoř	odběry: 6 ³⁰ - 14 ⁰⁰
Otrokovice, tř. Tomáše 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 309/20 (budova Medcentrum)	odběry: 6 ³⁰ - 10 ⁰⁰
Hranice, Na Náspech 78 (zdravotní středisko)	odběry: 6 ³⁰ - 10 ³⁰
Brumov-Bylnice, Družba 1189 (zdravotní středisko)	odběry: Út, Čt 7 ⁰⁰ - 10 ³⁰ , Pá 6 ⁰⁰ - 9 ³⁰
Brno-Starý Lískovec, U pošty 402/14 (budova polikliniky) - smluvní laboratoř	odběry: 7 ⁰⁰ - 10 ³⁰

Barevné rozlišení odběrového materiálu

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

Odběry: periferní krev

Izolace DNA - zaslat na pracoviště:

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

POŽADAVEK NA ODBĚR

☐ Odběr krve

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.

- ☐ Přěji/ ☐ Nepřěji si být informován/a o výsledku cytogenetického/genetického laboratorního vyšetření.
- ☐ Přěji/ ☐ Nepřěji si být informován/a o výsledku neočekávaných nálezů.
- Přěji 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: