

# Žádanka na molekulárně biologické vyšetření

Lab. molekulární biologie  
Vaše laboratoře s.r.o.  
U Lomu 638, 760 01 Zlín  
Výsledky, konzultace: 602 592 024



Číslo pojištění:	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

Svozoová služba: pondělí - pátek 6<sup>30</sup> - 14<sup>30</sup> - 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"/>	Kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) - 11 mutací
<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 <sup>45</sup> - 14 <sup>00</sup>
Zlín, tř. T. Bati 3705 (budova polikliniky)	odběry: 6 <sup>30</sup> - 14 <sup>30</sup>
Zlín-Malenovice, Zahradní 973 (budova polikliniky)	odběry: 6 <sup>30</sup> - 11 <sup>00</sup>
Vizovice, Masarykovo nám. 1325 (Zdravotní středisko)	odběry: 6 <sup>00</sup> - 10 <sup>00</sup>
Valašské Klobouky, Krátká 798 (budova polikliniky)	odběry: 6 <sup>30</sup> - 14 <sup>00</sup>
Uherský Brod, Partyzánů 2174 (budova polikliniky)	odběry: 6 <sup>30</sup> - 14 <sup>30</sup>
Uherské Hradiště, Vodní 13 (budova polikliniky) - smluvní laboratoř	odběry: 6 <sup>30</sup> - 14 <sup>30</sup>
Svitavy, Nádražní 1285/7 (laboratoř) - smluvní laboratoř	odběry: 7 <sup>30</sup> - 11 <sup>00</sup>
Přerov, nám. Přerovského povstání 1 (budova polikliniky) - smluvní laboratoř	odběry: 6 <sup>30</sup> - 14 <sup>00</sup>
Otrokovice, tř. T. Bati 1566 (Zdravotní středisko TOMA)	odběry: 6 <sup>30</sup> - 10 <sup>45</sup>
Otrokovice, Tř. Osvobození 1388 (budova polikliniky)	odběry: 6 <sup>45</sup> - 14 <sup>00</sup>
Napajedla, Sadová 1042 (Zdravotní středisko)	odběry: 6 <sup>45</sup> - 12 <sup>30</sup>
Luhačovice, Masarykova 315 (Zdravotní středisko)	odběry: 7 <sup>00</sup> - 12 <sup>00</sup>
Lipník nad Bečvou, Osecká 309 (budova Medcentrum)	odběry: 6 <sup>00</sup> - 9 <sup>30</sup>
Hranice, Na Náspech 78 (Zdravotní středisko)	odběry: 6 <sup>30</sup> -13 <sup>00</sup> , pá: 6 <sup>30</sup> - 8 <sup>30</sup>
Brumov-Bylnice, Družba 1189 (Zdravotní středisko)	odběry: út, čt, pá 7 <sup>00</sup> - 10 <sup>30</sup>
Brno-Starý Lískovec, U pošty 402/14 (budova polikliniky) - smluvní laboratoř	odběry: 7 <sup>00</sup> - 13 <sup>30</sup>

## 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: .....