

# ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ

## (A) OSOBNÍ ÚDAJE VYŠETŘOVANÉ OSOBY

příjmení a jméno ..... datum odběru .....  
 číslo pojištění / rodné číslo ..... diagnóza .....  
 pohlaví muž  žena  ..... pojišťovna .....  samopl.

## (B) DODANÝ MATERIÁL

periferní krev  fetální krev  plodová voda  chorion  tkáň  bukalní stěr  
 DNA izolovaná z .....

## (C) POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ

Klinické údaje

### ! STATIMOVÉ VYŠETŘENÍ

 DATUM PM:     20  

1.  STANOVENÍ KARYOTYPU
2.  ZÍSKANÉ CHROMOZOMÁLNÍ ABERACE Z PERIFERNÍ KRVE (odběry + doručení: pouze v Po/Út/St)
3.  FISH NA CHROMOZÓMY:  X  Y  JINÉ .....
4.  CYSTICKÁ FIBRÓZA
5.  TROMBOFILNÍ MUTACE  PROTROMBIN  LEIDEN  MTHFR  PAI-1
6.  MIKRODELECE CHROMOZÓMU Y
7.  GILBERTŮV SYNDROM
8.  AMNIO QF PCR\* /  AMNIO QF PCR - ROZŠÍŘENÉ VYŠETŘENÍ\* (vzorek potrácené tkáně)
9.  SYNDROM FRAGILNÍHO X
10.  KOLAGEN  COL1A1  COL1A2  MLPA COL1A1  POUZE PREDIKCE /KONFIRMACE
11.  CONNEXIN 26
12.  MICROARRAY\*
13.  GEN BRCA  BRCA1  BRCA2  POUZE PREDIKCE/KONFIRMACE
14.  GEN SMN1 A SMN2 (MLPA)
15.  ONKOPANEL GN-1  REPRODUKČNÍ SYS.  GASTROINTESTINÁLNÍ SYS.
16.  CELIAKIE
17.  BECHTĚREVOVA NEMOC
18.  JINÉ .....

\* U prenatalních vzorků přiložte stěr z bukalní sliznice, ev. vzorek periferní krve matky do

## (D) IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE ŽADATELE (ODESÍLAJÍCÍHO LÉKAŘE)

příjmení a jméno ..... IČZ ..... odbornost .....

Aktuální seznam akreditovaných metod je uveden v příloze k Osvědčení o akreditaci na [www.genvia.cz](http://www.genvia.cz).  
 Přiložte vyplněný a podepsaný Informovaný souhlas klienta.

RAZÍTKO S ADRESOU A PODPIS ODESÍLAJÍCÍHO LÉKAŘE

 ODEBRANÝ MATERIÁL DODEJTE NA ADRESU:  
 Sýkovecká 276/54, Praha 9, 198 00

PODPISEM ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ POTVRZUJE, ŽE OBDRŽEL PODPESANÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA S PROVEDENÍM VÝŠE UVEDENÝCH VYŠETŘENÍ.