

PACIENT (unifikovaný štítek)

Číslo pojištěnce / ID: (není-li ČP, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):
Jméno a příjmení:	☐ MUŽ ☐ ŽENA
Adresa:	

* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

STATIM *
VITÁLNÍ INDIKACE

Diagnóza	Diagnóza II.	Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)	Razítko, IČL a podpis lékaře:		
	Telefon žadatele:	Datum a čas odběru **	Datum a čas příjmu
		** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)	
		Přijal:	

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ – označte ☒

☐ periferní krev nesrážlivá (EDTA)	☐ izolovaná DNA	☐ jiný materiál:
Informovaný souhlas pacienta: ☐ založen ve zdravotnické dokumentaci *)		
*) Pacient souhlasí s uchováním BM v Laboratoři kardiogenomiky: ☐ ANO ☐ NE		
*) Pacient souhlasí s anonymním využitím BM v lékařské vědě a výzkumu: ☐ ANO ☐ NE		

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi, léčba, délka trvání a průběh onemocnění, předchozí vyšetření, apod.):

--

POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ – volbu označte ☒

LÉČIVA	POMOCNÁ DIAGNOSTIKA
☐ Klopidogrel (CYP 2C19, P-glykoprotein - MDR1/ABCB1)	☐ TNF -308 (rs1800629)
☐ Warfarin (CYP 2C9, VKORC1)	☐ NOD2/CARD15 (rs2066844, rs2066845, rs2066847)
☐ Statiny (SLCO1B1)	☐ MCM6 (rs4988235, rs182549)
☐ Tamoxifen (CYP2D6)	☐ IFNγ in vitro (T-spot TB)
☐ jiné léčivo:	☐ jiné: