

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID - číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):
Jméno a příjmení:	☐ M ☐ Ž
Adresa:	

* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

STATIM *		
VITALNÍ INDIKACE *		
Diagnóza	Diagnóza II.	Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)	Razítko, IČL a podpis indikujícího lékaře, datum vystavení žádanky:	Datum a čas odběru **	Datum a čas příjmu
	Telefon žadatele:	** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)	
		Odebírající lékař /sestra (jmenovka+podpis):	

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ (biologický materiál - BM) – označte ☒

- ☐ venózní krev s heparinem ☐ jiné:
- ☐ venózní krev s EDTA
- ☐ bukalní stěr

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

--

POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ - volbu označte ☒

- Informovaný souhlas pacienta: ☐ založen ve zdravotnické dokumentaci*
- *Pacient souhlasí s uchováním BM na Ústavu lékařské genetiky: ☐ ANO ☐ NE
- *Pacient souhlasí s anonymním využitím BM v lékařské vědě a výzkumu: ☐ ANO ☐ NE

- ☐ Izolace a uložení DNA
- ☐ Gilbertův sy. ☐ Mutageneze
- ☐ RhC genotyp plodu z periferní krve matky
- ☐ RhD genotyp plodu z periferní krve matky
- ☐ RhE genotyp plodu z periferní krve matky
- ☐ KELL genotyp plodu z periferní krve matky
- ☐ Histaminová intolerance (AOC1)
- ☐ gen CYP2C9 (MAYZENT) - vázáno na odbornost 101, 202, 208, 209
- ☐ gen DPYD (5-floruracilová toxicita)
- ☐ gen APOE (stanovení alel ε2, ε3, ε4) - vázáno na odbornost 105, 209, 305
- ☐ gen APOB (stanovení varianty R3500Q) - vázáno na odbornost 101, 301
- ☐ Transthyretinová amyloidóza

Přezkoumal (jmenovka+podpis), datum: