



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

IČ: 00064165, tel. 224 961 111

Ústav biologie a lékařské genetiky

Pracoviště: Albertov 4, 128 08 Praha 2, tel. 22496 8165/ 8160

Formulář
F-UBLG-01-001

Strana 1 z 1

Verze číslo: 6

ŽÁDANKA O CYTOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ

Jméno, příjmení:	Kód pojišťovny:
Číslo pojištění/r.č.: Datum narození*:	Diagnóza:
Pohlaví*: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	
Adresa:	IČP, odbornost:

* Vyplňujte pouze v případě, že tyto údaje nevyplývají z rodného čísla

- Karyotyp z periferní krve** (A*S*)
(2-5 ml krve do zkumavky s heparinem)
- Karyotyp z tkáně potratu** (A*)
(kousek tkáně do 5 ml fyziologického roztoku)
- Karyotyp z plodové vody** (A*)
(20 ml plodové vody)
- Karyotyp z choriových klků** (A*)
(do média nebo fyziol. roztoku s heparinem)
- Karyotyp z fetální krve** (A*)
(1-2 ml heparinované krve)
- Karyotyp z jiné tkáně** _____
(po předchozí domluvě)

- FISH – mozaicismus gonosomů**
- FISH – mikrolečnické syndromy ****
- FISH – jiná ****

** Upřesnění požadavku:

- Získané chromosomální aberace**
(1-2 ml heparinované krve)
- Předání části dodaného vzorku**
 - do Laboratoře molekulární diagnostiky
 - jiné:

Upřesnění požadavku:

Poznámky klinika: (důvod požadavku)	Razítko, jméno lékaře: (podpis, telefon, NS)
	Datum:

Informovaný souhlas: Je součástí žádanky o vyšetření Je k dispozici u lékaře ÚBLG VFN
Pacient souhlasí: s vyšetřením vzorku s uskladněním vzorku v bance s využitím vzorku k výzkumným účelům
Pacient žádá likvidaci vzorku po ukončení vyšetření **STATIM**

VYPLNÍ PRACoviŠTĚ PROVÁDĚJÍCÍ ODBĚR

Druh primárního vzorku:
Datum a čas odběru:

Vysvětlivky:

A* akreditováno dle normy ČSN EN ISO 15 189

S* povolení k činnosti dle zákona 296/2008 Sb.

VYPLNÍ LABORATOŘ

	Jméno	Datum a čas
Převzetí vzorku		

	Jméno	Datum a čas
Materiál:		
Předal		
Převzal		