



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Ústav biologie a lékařské genetiky – Cytogenetická laboratoř

Albertov 2048/4, 128 00 Praha 2 | tel.: 224 968 165

Formulář | F-UBLG-01-001 | strana 1 z 1 | verze 8

ŽÁDANKA O CYTOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ

vyplní pracoviště provádějící odběr

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

* vyplňte pouze v případě, že nevyplývá z rodného čísla

Primární vzorek/materiál:	<input type="checkbox"/> Choriové klky (ve fyziologickém roztoku s heparinem)
<input type="checkbox"/> Periferní krev (v heparinu)	<input type="checkbox"/> DNA izolovaná z: _____ (prosím, specifikujte)
<input type="checkbox"/> Fetální krev (v heparinu)	<input type="checkbox"/> Jiný: _____ (prosím, specifikujte)
<input type="checkbox"/> Plodová voda	Datum a čas odběru:
<input type="checkbox"/> Periferní krev (v EDTA)	Odběr provedl:
<input type="checkbox"/> Fetální krev (v EDTA)	

Cytogenetická vyšetření	Molekulárně cytogenetická vyšetření
<input type="checkbox"/> Karyotyp z periferní krve <input type="checkbox"/> STATIM	<input type="checkbox"/> Microarray (postnatální vyšetření pouze s vyplněným Klinickým dotazníkem)
<input type="checkbox"/> Karyotyp z fetální krve	<input type="checkbox"/> FISH – mozaicismus gonosomů
<input type="checkbox"/> Karyotyp z plodové vody	<input type="checkbox"/> FISH – jiná _____ (prosím, specifikujte)
<input type="checkbox"/> Karyotyp z choriových klků	Předání části dodaného vzorku
<input type="checkbox"/> Karyotyp z jiné tkáně _____ (pouze po předchozí domluvě)	<input type="checkbox"/> do Laboratoře molekulární diagnostiky ÚBLG
<input type="checkbox"/> Získané chromosomové aberace	<input type="checkbox"/> jiné _____ (prosím, specifikujte)

Klinická data	Indikující lékař: (Jméno, pracoviště, IČP, odbornost, razítko, podpis)
	Datum:

Informovaný souhlas * s vyšetřením vzorku s využitím vzorku k výzkumným účelům
- **vyšetřovaná osoba** s uskladněním vzorku v bance žádá likvidaci vzorku po ukončení vyšetření
souhlasí s :

* Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že s vyšetřovanou osobou či zákonným zástupcem je podepsán IS, který je buď uložen v zdravotnické dokumentaci nebo je přiložen k této žádance.

Převzetí vzorku laboratoří:	Jméno	Datum a čas
Materiál:	Jméno	Datum a čas
Předal		
Převzal		