



## VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

### I. interní klinika – Hematoonkologická laboratoř |

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

Vedoucí laboratoře: MUDr. Jan Molinský, PhD | email: [Jan.Molinsky@vfn.cz](mailto:Jan.Molinsky@vfn.cz) | tel.: 224 96 3113, 2560

Žádanka | F-I.IK-LAB-03 | strana 1 z 1 | verze 7

## ŽÁDANKA NA MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ – ANALÝZA MUTACÍ VYBRANÝCH GENŮ

|  |  |
|--|--|
| <b>Jméno a příjmení:</b><br><b>Rodné číslo:</b><br><b>Kód pojišťovny:</b><br><b>Diagnóza:</b><br><b>Pohlaví:</b> | <b>Ordinující lékař (razíko, IČP, odbornost, podpis):</b><br><br><b>Adresa pracoviště:</b> |
|--|--|

|  |
|--|
| <b>Materiál k vyšetření:</b><br><input type="checkbox"/> <b>Periferní krev</b> (6-9 ml periferní krve do zkumavky s K <sub>3</sub> EDTA - u leukopenických pacientů 2 zkumavky)<br><input type="checkbox"/> <b>Kostní dřeň</b> (2-3 ml kostní dřeně do zkumavky s K <sub>3</sub> EDTA)<br><input type="checkbox"/> <b>Lymfatická uzlina</b> (do sterilní zkumavky nativně)<br><input type="checkbox"/> <b>Jiné</b> ..... |
|--|

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Pacient <u>NE</u>souhlasí*:</b><br><input type="checkbox"/> s vyšetřením DNA<br><input type="checkbox"/> s anonymním využitím DNA k výzkumným účelům<br><input type="checkbox"/> s uskladněním DNA<br>(*pacient souhlasí: informovaný souhlas uložen v dokumentaci pacienta – indikující lékař zasláním žádanky garantuje jeho sepsání) | <b>Datum a čas odběru:</b> |
|--|----------------------------|

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <b>Požadované vyšetření<br/>– analýza mutace genu:</b><br><input type="checkbox"/> MYD88 (L265P) (LPL/WM)<br><input type="checkbox"/> CXCR4 (LPL/WM)<br><input type="checkbox"/> BRAF (V600E) (HCL)<br><input type="checkbox"/> JAK2 (V617F) (MPN)<br><input type="checkbox"/> CALR (typ1/2) (MPN)<br><input type="checkbox"/> TP53<br><input type="checkbox"/> Jiné..... | <b>Epikriza + důvod vyšetření:</b> |
|---|------------------------------------|

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>Vyplňuje laboratoř:</b><br>Číslo materiálu:<br><br>Datum a čas přijetí: | Převzal a přezkoumal: |
|--|-----------------------|

Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a dle pokynů Laboratorní příručky <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/i-interni-klinika-hematologie/laborator/>