



VFN PRAHA

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE, U NEMOCNICE 499/2, 128 08 PRAHA 2, IČO 00064165; TEL.: 224 961 111

**ŽÁDANKA o cytogenetické vyšetření**

Číslo vzorku:

ÚSTAV BIOLOGIE A LÉKAŘSKÉ GENETIKY VFN - CYTOGENETICKÁ LABORATOŘ  
ALBERTOV 2048/4, 128 08 PRAHA 2

TELEFON: 22496 8165

F-UBLG-01-001

Verze č. 10

**IDENTIFIKACE ŽADATELE**

IČP

ODBORNOST

Příjmení:

Jméno:

ZDE nalepte štítek

Číslo pojištění/  
kód pojišťovny:

Datum narození:

Pohlaví:

 muž žena

Adresa:

Diagnóza (MKN):

**PRIMÁRNÍ VZOREK/MATERIÁL:** (vyplní pracoviště provádějící odběr) Periferní krev (v heparinu) Fetální krev (v heparinu) Plodová voda Periferní krev (v EDTA) Fetální krev (v EDTA) Choriové klky  
(ve fyziologickém roztoku s heparinem) DNA izolovaná z (prosím, specifikujte): Jiný (prosím, specifikujte):**ODBĚR:** (vyplní pracoviště provádějící odběr)

Provedl:

Datum/čas:

**CYTOGENETICKÁ VYŠETŘENÍ** Karyotyp z periferní krve STATIM Karyotyp z fetální krve Karyotyp z plodové vody Karyotyp z choriových klků Karyotyp z jiné tkáně (pouze po předchozí domluvě) Získané chromosomové aberace**MOLEKULÁRNĚ CYTOGENETICKÁ VYŠETŘENÍ** Microarray  
(postnatálně pouze s vyplněným klinickým dotazníkem) FISH – mozaicismus gonosomů FISH – jiná (prosím, specifikujte):**PŘEDÁNÍ ČÁSTI DODANÉHO VZORKU** Do Laboratoře molekulární diagnostiky ÚBLG Jiné (prosím, specifikujte):

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:

 ANO  NE

Seznámení s náhodnými nálezy:

 ANO  NE**Klinická data:****Indikující lékař**

(jméno, pracoviště, razítko, podpis):

Datum:

**PŘEVZETÍ VZORKU LABORATOŘÍ:**

Jméno:

Datum a čas:

**MATERIÁL:**

JMÉNO

Datum/čas

Předal:

Převzal:

**MATERIÁL:**

JMÉNO

Datum/čas

Předal:

Převzal: