

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID - číslo pojištěnce: (není-li, pak datum narození)	Kód pojišťovny:
Jméno a příjmení:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Adresa:	

** není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

STATIM **		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóza	Diagnóza II.	Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)

Razítko, IČL a podpis indukujícího lékaře:
Tel. / Fax.:

ODBĚR

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum a čas odběru	Datum a čas příjmu
Odběr provedl:	

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ (biologický materiál - BM) – označte

<input type="checkbox"/> venózní krev s heparinem	<input type="checkbox"/> plodová voda	<input type="checkbox"/> DNA
<input type="checkbox"/> venózní krev s EDTA	<input type="checkbox"/> tkáň	<input type="checkbox"/> bukalní stěr
<input type="checkbox"/> choriová tkáň	<input type="checkbox"/> tkáň plodu	<input type="checkbox"/> jiné:

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

--

POŽADAVEK NA VYŠETŘENÍ - volbu označte **Vyšetření musí indikovat a interpretovat klinický genetik**

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

*Pacient souhlasí s anonymním využitím výsledků: ANO NE

1. Cytogenetické vyšetření

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Karyotyp | <input type="checkbox"/> Kultivace |
| <input type="checkbox"/> Mutageneze | <input type="checkbox"/> Kultivace a izolace DNA |
| <input type="checkbox"/> FISH (po tel. domluvě kl. 4646) | <input type="checkbox"/> Jiné: |

2. DNA diagnostika

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Izolace DNA | <input type="checkbox"/> Zaslání DNA k další analýze | <input type="checkbox"/> Likvidace DNA |
| <input type="checkbox"/> Familiární mutace | Číslo probanda: | <input type="checkbox"/> Konfirmace |
| | Gen: | Gen: |
| | Varianta: | Varianta: |
| | CNV: | CNV: |

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> K ověření původu prenatálního BM |
| <input type="checkbox"/> Aneuploidie chromozomů 21, 13, 18, X, Y |
| <input type="checkbox"/> SNP aCGH |
| <input type="checkbox"/> aCGH |
| <input type="checkbox"/> Výběr genů z panelu CZEKANCA |
| Gen(y): |

- | |
|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> WES |
| <input type="checkbox"/> Jiné: |

Ostatní

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Achondroplázie |
| <input type="checkbox"/> Cystická fibróza |
| <input type="checkbox"/> Hluchota nesyndromální |
| <input type="checkbox"/> Idiopatický malý vzrůst |
| <input type="checkbox"/> Hypopituitarismus |
| <input type="checkbox"/> Kardiopanel, Di George sy. |
| <input type="checkbox"/> Prader Willi/ Angelmanův sy. |
| <input type="checkbox"/> Rasopatie |
| <input type="checkbox"/> Silver Russell/ Beckwith-Wiedemanův sy. |

Onkologické

Hereditární nádorové syndromy (v případě dětí geny dle doporučení)

Interní poznámka:

Hematologické

Vzácné trombofilní stavy

Metabolické

Deficit biotinidázy

Familiární hypercholesterolémie

Leucinóza

Obezita monogenní

Wilsonova choroba

Transthyretinová amyloidóza

Neurologické

Huntingtonova chorea

Neurofibromatóza

Parkinsonova choroba

Spinální muskulární atrofie

Syndrom fragilního X

Tuberózní skleróza

Přezkoumal (jmenovka+podpis), **datum:**

Spektrum prováděných vyšetření a pokyny k odběru BM jsou uvedeny na adrese www.fnol.cz/laboratorni-vysetreni