

Žádanka na genetické vyšetření - příprava pro preimplantační genetické vyšetření (PGT) - pacientka

(doprovodný dokument ke vzorku pacientky, pro kterou je plánováno PGT)

Osobní data vyšetřované osoby (štítek):	Indikující lékař
Jméno a příjmení: Číslo pojištěnce: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Pohlaví: žena Adresa: Diagnóza (MKN):	(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Primární vzorek:	Jiný materiál:
periferní krev (5ml nesrážlivé krve v K3EDTA) jiný (prosím, specifikujte):	izolovaná DNA z:
Datum a čas odběru:	Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):
Upřesnění k PGT pacientky (doplní odesílající lékař): <i>Je nezbytně nutné přiložit klinickou genetickou zprávu z konzultace pacientky a/nebo partnerů s uvedením výsledků genetického laboratorního vyšetření, jinak nebude příprava pro PGT-M zahájena.</i>	
PGT je připravována pro onemocnění (doplňte název): Gen: Dědičnost: AR AD XR XD mitochondriální Nositel mutace: Pacientka Partner Oba partneri Je plánován cyklus IVF s použitím darovaných gamet? NE Ano – vajíček Ano – spermií	
Partner a další příbuzní z rodiny, kteří jsou/budou odesláni k přípravě PGT (toto je pouze informativní údaj pro laboratoř, každý z nich bude odeslán se samostatnou žádankou):	
Jméno a příjmení partnera: Jméno a příjmení příbuzného: Jméno a příjmení ev. dalších příbuzných a jejich vztah k pacientce:	Vztah k pacientce:
Informovaný souhlas* - vyšetřovaná osoba:	
SOUHLASÍ s vyšetřením vzorku s využitím vzorku k výzkumným účelům s uskladněním vzorku	NESOUHLASÍ s uskladněním vzorku
*) Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že pacientem či zákonným zástupcem je podepsán IS, který je buď uložen v dokumentaci pacienta nebo je přiložen k této žádance	
Vyšetření provádí: GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Pekařská 635/6, 158 00 Praha 5 – Jinonice, Tel: 226 231 691	
Záznamy laboratoře: Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:	Vzorek/žádanku přijal(a):

