

Žádanka na genetické vyšetření trombofilních mutací

Osobní data pacienta (štítek)	Indikující lékař:						
Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Pohlaví: muž žena Adresa: Diagnóza (MKN):							
Primární vzorek:	Jiný materiál:						
periferní krev (5ml nesrážlivé krve v K ₃ EDTA)	izolovaná DNA z:						
Datum a čas odběru:	Datum a čas indikace						
Klinická data:	STATIM						
Požadovaná vyšetření:							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Leiden (G1691A) F5</td> <td style="width: 33%;">C677T MTHFR</td> <td style="width: 33%;">polymorfismus 4G/5G PAI-1</td> </tr> <tr> <td>G20210A F2 (protrombin)</td> <td>A1298C MTHFR</td> <td>Haplotyp M2 genu ANXA 5</td> </tr> </table>	Leiden (G1691A) F5	C677T MTHFR	polymorfismus 4G/5G PAI-1	G20210A F2 (protrombin)	A1298C MTHFR	Haplotyp M2 genu ANXA 5	
Leiden (G1691A) F5	C677T MTHFR	polymorfismus 4G/5G PAI-1					
G20210A F2 (protrombin)	A1298C MTHFR	Haplotyp M2 genu ANXA 5					
Informovaný souhlas* – vyšetřovaná osoba:							
SOUHLASÍ s vyšetřením vzorku NESOUHLASÍ s uskladněním vzorku s využitím vzorku k výzkumným účelům 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):						

