

## Žádanka na prediktivní genetické vyšetření - panel CarrierTest

Osobní data pacienta (štítek)	Indikující lékař:
Jméno a příjmení: _____ Číslo pojištění: _____ Datum narození: _____ Muž    Žena Pojišťovna: _____ Samoplátce Adresa: _____  Diagnóza (MKN): _____	_____   _____ (jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Primární vzorek: periferní krev (5 ml nesrážlivé krve)	
<input type="checkbox"/> v K <sub>3</sub> EDTA (molekulární genetika)	izolovaná DNA z:
Datum a čas odběru:	Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):
Klinická data: (doplní odesílající lékař nebo přiloží klinickou zprávu k žádance)	
<input type="checkbox"/> <b>STATIM</b>	
Požadovaná vyšetření:	
Prediktivní testování známé familiární mutace genu z CarrierTestu - specifikace gen: _____ název mutace: _____ Proband v rodině - jméno/RČ nebo datum narození: _____	
-----	
Prediktivní testování partnera nositele mutace genu z CarrierTestu - specifikace gen: _____ Partner - jméno/RČ nebo datum narození: _____	
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):

