

## Žádanka na genetické vyšetření hluchoty a neurogenetických chorob

<b>Osobní data vyšetřované osoby (štítek):</b>		<b>Indikující lékař:</b>	
Jméno a příjmení: Číslo pojištěnce: Datum narození: Pojišťovna: <input type="checkbox"/> Samoplátce Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena Adresa:  Diagnóza (MKN):		(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)	
<b>Primární vzorek:</b>			
<input type="checkbox"/> periferní krev (5ml nesrážlivé krve v K <sub>3</sub> EDTA) <input type="checkbox"/> izolovaná DNA z:		<input type="checkbox"/> kultivované buňky <input type="checkbox"/> jiné:	
<b>Datum a čas odběru:</b>		<b>Datum a čas indikace</b> (pokud se liší od data odběru):	
<b>Klinická data: NUTNÉ vyplnit a k žádance přiložit rodokmen!</b>			<input type="checkbox"/> STATIM
<b>Důvod vyšetření:</b>		<b>Věk na začátku omenocnění:</b>	
		<b>Etnický původ pacienta:</b> <input type="checkbox"/> slovanský <input type="checkbox"/> romský <input type="checkbox"/> jiný	
Pro neurogenetiku vyplnit neurologický nálezn (ev. přiložit zprávu z neurolog. vyš.):			
Pro vyš. hluchoty vyplnit: <input type="checkbox"/> pacient slyší dobře <input type="checkbox"/> sluchová porucha u příbuzných, pacient slyší dobře <input type="checkbox"/> pacient neslyší <input type="checkbox"/> sluchová porucha u potomka, pacient slyší dobře			
<b>Požadovaná vyšetření:</b>			
<b>Hluchota:</b>			
<input type="checkbox"/> Kaskádovité vyšetření mutací genu GJB2 (pro Connexin 26) - časná nesyndromová AR hluchota			
<input type="checkbox"/> AR hluchota - detekce mutace 35delG GJB2			
<input type="checkbox"/> Fragmentační analýza genu pro Stereocilin			
<input type="checkbox"/> Detekce delecí v genech spojených s poruchou sluchu			
<b>Neurogenetika</b>			
<input type="checkbox"/> Vyšetření nejčastější mutace NBN (NBST) genu - Nijmegen breakage syndrom, primární mikrocefalie			
<input type="checkbox"/> Hereditární spastická paraparéza (SPG4 - gen SPAST, SPG31 - gen REEP1) - familiární AD			
<input type="checkbox"/> Prediktivní vyšetření mutace - gen SPAST (SPG4) a / nebo gen REEP1 (SPG31)			
<b>Informovaný souhlas* - vyšetřovaná osoba:</b>			
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			
<b>Vyšetření provádí:</b> GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Pekařská 635/6, 158 00 Praha 5 – Jinonice, Tel: 226 231 691			
<b>Záznamy laboratoře:</b>			
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:		Vzorek/žádanku přijal(a):	

