Žádanka na genetické vyšetření - příprava pro preimplantační genetické vyšetření (PGT) - příbuzní, partner

(doprovodný dokument ke vzorkům partnera nebo příbuzných, jejichž analýza je nutná pro přípravu PGT)

Osobní data vyšetřované osoby (štítek):	**Indikující lékař**
Jméno a příjmení: Číslo pojištěnce: Datum narození: Pojištovna: ☐ Samoplátce Pohlaví: ☐ muž ☐ 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):

Klinická data vyšetřované osoby (doplní odesílající lékař):

Má tato osoba dané onemocnění? ☐ ANO ☐ NE

Výsledky vyšetření - bylo u této osoby provedeno genetické vyšetření zodpovědné mutace? ☐ ANO ☐ NE

Pokud ano, prosíme přiložit zprávu s výsledkem genetického vyšetření, jinak nebude příprava PGT-M provedena.

Toto vyšetření je nyní požadováno ☐ ANO ☐ NE

Pacientka, pro níž je PGT připravována:

Jméno a příjmení: Datum narození:

PGT je připravována pro (doplňte název choroby):

Vztah vyšetřované osoby 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 přijmu vzorku/žádanky: Vzorek/žádanku přijal(a):