

Žádanka na laboratorní vyšetření – GERT

Osobní data pacienta (štítek):		Indikující lékař:
Jméno a příjmení: Číslo pojištěnce: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Adresa: Diagnóza (MKN):	(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)	
Údaje o vzorku:		
Typ vzorku: biopsie endometria	Metoda biopsie: Pipela	Hysteroskopie Jiná:
Pokyny pro odběr a transport: <ul style="list-style-type: none"> • Odebraná tkáň endometria by měla být čistá bez krevních sraženin alespoň o velikosti 8mm³ (šířka 2 mm × hloubka 2 mm × výška 2 mm) • Tkáň endometria umístít do zkumavky s RNA sample storage bufferem a zkumavku 10krát převrátit nahoru a dolu • Vzorek v RNA storage bufferu skladovat a transportovat při 2–8°C (nemrazit) a do 1 týdne doručit do laboratoře 		
Typ cyklu: HRT: P+.....(např. P+5) Datum prvního podání progesteronu ¹ :.....Čas:..... Přirozený cyklus: LH+.....(např. LH+7) Datum LH píku ¹ :.....Čas:..... hCG+.....(např. Hcg+7) Datum injekce hCG ¹ :.....Čas:.....(ovulace +36h: Datum.....Čas:.....) 1-Den prvního podání progesteronu je P+0. Den LH píku je LH+0. Den podání hCG je hCG+0.		
Údaje o biopsii: Datum provedení biopsie:.....Čas:..... Výška endometria:.....mm		
Indikace k testu:		
Implantační selhání - počet neúspěšných pokusů..... Opakované potraty		
Informovaný souhlas* – vyšetřovaná osoba:		
SOUHLASÍ s vyšetřením vzorku s uskladněním vzorku s využitím vzorku k výzkumným účelům žádá o likvidaci vzorku po vyšetření		NESOUHLASÍ s uskladněním vzorku
*) Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že pacientem či zákoným 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):		

