

**Žádanka na genetické vyšetření - příprava pro preimplantační genetické vyšetření (PGT) - pacientka**  
(doprovodný dokument ke vzorku pacientky, pro kterou je plánováno PGT)

<b>Osobní data vyšetřované osoby (štítek):</b>	<b>Indikující lékař:</b>
Jméno a příjmení: Číslo pojištěnce: Datum narození: Pojišťovna: samoplátce Pohlaví: žena Adresa:  Diagnóza (MKN):	(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
<b>Primární vzorek:</b>	<b>Jiný materiál:</b>
periferní krev (5ml nesrážlivé krve v K3EDTA) jiný (prosím, specifikujte):.....	izolovaná DNA z:
<b>Datum a čas odběru:</b>	<b>Datum a čas indikace</b> (pokud se liší od data odběru):
<b>Upřesnění k PGT pacientky</b> (doplní odesílající lékař): <i>Je nezbytně nutné přiložit klinickou genetickou zprávu z konzultace pacientky a/nebo partnerů s uvedením výsledků genetického laboratorního vyšetření, jinak nebude příprava pro PGT-M zahájena.</i>	
PGT je připravována pro onemocnění (doplňte název): Gen: Dědičnost: AR AD XR XD mitochondriální <b>Nositel mutace:</b> Pacientka Partner Oba partneři <b>Je plánován cyklus IVF s použitím darovaných gamet?</b> NE ANO – vajíček ANO – spermii	
<b>Partner a další příbuzní z rodiny, kteří jsou/budou odesláni k přípravě PGT</b> (toto je pouze informativní údaj pro laboratoř, každý z nich bude odeslán se samostatnou žádankou) :	
Jméno a příjmení partnera: Jméno a příjmení příbuzného: Jméno a příjmení ev. dalších příbuzných a jejich vztah k pacientce:	Vztah k pacientce:
<b>Informovaný souhlas* - pacient:</b>	
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	
<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):