Žádanka na genetické vyšetření trombofilních mutací

Osobní data pacienta (štítek)	**Indikující lékař:**
Jméno a příjmení:	(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Číslo pojištěnce:	
Pojišťovna: ☐ Samoplátce	
Adresa:	
Pohlaví: ☐ muž ☐ žena	
Diagnóza (MKN):	

Primární vzorek:	**Jiný materiál:**
☐ periferní krev *(5ml nesrážlivé krve v K_3EDTA)*	☐ izolovaná DNA z:
Datum a čas odběru:	**Datum a čas indikace** (pokud se liší od data odběru):

Klinická data: (doplňte odesílající lékař) ☐ **STATIM**

Požadovaná vyšetření:

☐ Leiden (G1691A) *F5*	☐ C677T *MTHFR*	☐ polymorfismus 4G/5G *PAI-1*
☐ G20210A *F2* (protrombin)	☐ A1298C *MTHFR*	☐ Haplotyp M2 genu *ANXA 5*

SOUHLASÍ	NESOUHLASÍ
☑ s vyšetřením vzorku	
☐ s využitím vzorku k výzkumným účelům	
☐ s uskladněním vzorku	☐ 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):