

## Žádanka na prediktivní genetické vyšetření - panel CarrierTest

<b>Osobní data pacienta (štítek)</b>		<b>Indikující lékař:</b>	
Jméno a příjmení: _____ Číslo pojištěnce: _____ Datum narození: _____ Muž    Žena Pojišťovna: _____ Samoplátce Adresa: _____  Diagnóza (MKN): _____		(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)	
<b>Primární vzorek:</b> periferní krev (5 ml nesrážlivé krve)			
<input type="checkbox"/> v K <sub>3</sub> EDTA (molekulární genetika)		izolovaná DNA z:	
<b>Datum a čas odběru:</b>		<b>Datum a čas indikace</b> (pokud se liší od data odběru):	
<b>Klinická data:</b> (doplň odesílající lékař nebo přiloží klinickou zprávu k žádance)			<input type="checkbox"/> <b>STATIM</b>
<b>Požadovaná vyšetření:</b>			
Prediktivní testování známé familiární mutace genu z CarrierTestu - specifikace gen: _____ název mutace: _____ Proband v rodině - jméno/RČ nebo datum narození: _____			
Prediktivní testování partnera nositele mutace genu z CarrierTestu - specifikace gen: _____ Partner - jméno/RČ nebo datum narození: _____			
<b>SOUHLASÍ</b> s vyšetřením vzorku <input type="checkbox"/> s využitím vzorku k výzkumným účelům <input type="checkbox"/> s uskladněním vzorku		<b>NESOUHLASÍ</b> <input type="checkbox"/> 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):	