

Žádanka na genetické vyšetření - PKP, dárcovství gamet (expanded)

Osobní data pacienta (štítek) Jméno a příjmení: _____ Číslo pojištěnce: _____ Datum narození: _____ Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Pojišťovna : _____ Samoplátce <input type="checkbox"/> Adresa : _____ Diagnóza (MKN): _____	Indikující lékař: (jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)															
Primární vzorek: periferní krev (5 ml nesrážlivé krve)																
<input type="checkbox"/> v K ₃ EDTA (molekulární genetika)	<input type="checkbox"/> v Li-Heparin (cytogenetika)															
Datum a čas odběru: _____	Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru): _____															
Klinická data: (doplní odesílající lékař nebo přiloží klinickou zprávu k žádance) <input type="checkbox"/> STATIM																
Požadovaná vyšetření:																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Karyotyp Vrozené vady v OA (Z877) Vrozené vady v RA (Z827) Amenorea (N912) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> Cytogenetika 2+Neúspěch IVF (N978) 2+ SAB (N96) PoF (E283) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> OAS<10M (N46) AZOO (N46) Vyšetření dárce/dárkyně (Z005) </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> FISH..... (specifikujte) <input type="checkbox"/> ZCA </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Karyotyp Vrozené vady v OA (Z877) Vrozené vady v RA (Z827) Amenorea (N912)	Cytogenetika 2+Neúspěch IVF (N978) 2+ SAB (N96) PoF (E283)	OAS<10M (N46) AZOO (N46) Vyšetření dárce/dárkyně (Z005)	<input type="checkbox"/> FISH (specifikujte) <input type="checkbox"/> ZCA											
<input type="checkbox"/> Karyotyp Vrozené vady v OA (Z877) Vrozené vady v RA (Z827) Amenorea (N912)	Cytogenetika 2+Neúspěch IVF (N978) 2+ SAB (N96) PoF (E283)	OAS<10M (N46) AZOO (N46) Vyšetření dárce/dárkyně (Z005)														
<input type="checkbox"/> FISH (specifikujte) <input type="checkbox"/> ZCA																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Molekulární genetika</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> CarrierTest - prekoncepční panel (trombofilní profil, přenašečství recesivních mutací, odezva na stimulaci FSH) Vyšetření dárce/dárkyně (Z005) Porucha plodnosti (N978, N46) Pokrevnosti (Z843) Jiné (Z827) </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> CarrierTest - kompatibilita s partnerem Partner / RČ : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Mikrodelece chromozomu Y - AZFa, AZFb, AZFc vč. SRY AZOO (N46) OAS<10M (N46) </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Syndrom FRAXA - detekce expanze CGG repetice FMR1 PoF (E283) </td> </tr> </table>		Molekulární genetika			<input type="checkbox"/> CarrierTest - prekoncepční panel (trombofilní profil, přenašečství recesivních mutací, odezva na stimulaci FSH) Vyšetření dárce/dárkyně (Z005) Porucha plodnosti (N978, N46) Pokrevnosti (Z843) Jiné (Z827)			<input type="checkbox"/> CarrierTest - kompatibilita s partnerem Partner / RČ : _____			<input type="checkbox"/> Mikrodelece chromozomu Y - AZFa, AZFb, AZFc vč. SRY AZOO (N46) OAS<10M (N46)			<input type="checkbox"/> Syndrom FRAXA - detekce expanze CGG repetice FMR1 PoF (E283)		
Molekulární genetika																
<input type="checkbox"/> CarrierTest - prekoncepční panel (trombofilní profil, přenašečství recesivních mutací, odezva na stimulaci FSH) Vyšetření dárce/dárkyně (Z005) Porucha plodnosti (N978, N46) Pokrevnosti (Z843) Jiné (Z827)																
<input type="checkbox"/> CarrierTest - kompatibilita s partnerem Partner / RČ : _____																
<input type="checkbox"/> Mikrodelece chromozomu Y - AZFa, AZFb, AZFc vč. SRY AZOO (N46) OAS<10M (N46)																
<input type="checkbox"/> Syndrom FRAXA - detekce expanze CGG repetice FMR1 PoF (E283)																
Informovaný souhlas* – pacient souhlasí s:																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> s vyšetřením vzorku</td> <td><input type="checkbox"/> s uskladněním vzorku v bance</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> s využitím k interní/externí kontrole kvality</td> <td><input type="checkbox"/> s využitím vzorku k výzkumným účelům</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> žádá o sdělení náhodných nálezů</td> <td><input type="checkbox"/> žádá o likvidaci vzorku po vyšetření</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> s vyšetřením vzorku	<input type="checkbox"/> s uskladněním vzorku v bance	<input type="checkbox"/> s využitím k interní/externí kontrole kvality	<input type="checkbox"/> s využitím vzorku k výzkumným účelům	<input type="checkbox"/> žádá o sdělení náhodných nálezů	<input type="checkbox"/> žádá o likvidaci vzorku po vyšetření									
<input type="checkbox"/> s vyšetřením vzorku	<input type="checkbox"/> s uskladněním vzorku v bance															
<input type="checkbox"/> s využitím k interní/externí kontrole kvality	<input type="checkbox"/> s využitím vzorku k výzkumným účelům															
<input type="checkbox"/> žádá o sdělení náhodných nálezů	<input type="checkbox"/> žádá o likvidaci vzorku po vyšetření															
<small>*) Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že pacientem čízákonným zástupcem je podepsán IS, který je buď uložen v dokumentaci pacienta nebo je přiložen k této žádance</small>																
Vyšetření provádí: GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Kostelní 9/292, 170 00 Praha 7, Tel.:222 313 000																
Záznamy laboratoře: Datum a čas příjmu vzorku/žádanky: _____ Vzorek/žádanku přijal(a): _____																

Informovaný souhlas s molekulárně genetickým vyšetřením

Souhlasím, aby můj vzorek byl vyšetřen v Centru lékařské genetiky a reprodukční medicíny GENNET, s.r.o. (dále Centrum) se zaměřením na:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> karyotyp | <input type="checkbox"/> prekoncepční panel - CarrierTest |
| <input type="checkbox"/> mikrolece chromozomu Y | <input type="checkbox"/> CarrierTest - kompatibilita |
| <input type="checkbox"/> syndrom fragilního X chromozomu | <input type="checkbox"/> FISH |
| <input type="checkbox"/> ZCA | |

Ze vzorku tkáně: **periferní krev**

Jsem si vědom(a), že výsledek vyšetření může svědčit pro významné zvýšení nebo snížení pravděpodobnosti nebo průkazu výše uvedených chorob, ale může být i neinformativní. Potvrzuji svým podpisem, že jsem měl(a) možnost si toto prohlášení podrobně prostudovat a položit lékaři jakékoli související otázky.

Moje otázky mi byly srozumitelně zodpovězeny k mojí spokojenosti. Prohlašuji, že nemám dalších dotazů, prohlášení jsem dobře pochopil(a) a s provedením testů souhlasím, což níže stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Přeji si sdělení výsledků svého vyšetření

ANO NE

Přeji si sdělení neočekávaných nálezů

ANO NE

Souhlasím s uschováním svého vzorku v bance Centra za účelem eventuálního pozdějšího dovyšetření v závislosti na pokroku ve výzkumu v této oblasti.

ANO NE

Souhlasím s případným využitím svého vzorku k výzkumným účelům

ANO NE

Souhlasím s případným využitím svého vzorku k interní/externí kontrole kvality

ANO NE

Žádám likvidaci mého vzorku po ukončení vyšetření

ANO NE

Jméno a příjmení vyšetřovaného:

Číslo pojištěnce/datum narození:

Datum a podpis vyšetřovaného:

Potvrzuji, že jsem vhodným způsobem poučil(a) vyšetřovaného, jak je výše uvedeno.

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: