

Žádanka na preimplantační vyšetření

(preimplantační genetická diagnostika – PGD / preimplantační genetický screening – PGS)

I. Vyplní klinický genetik pro indikaci k PGD/PGS

Osobní data pacientky (štítek)	Indikující lékař:
Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Adresa: Diagnóza (MKN):	(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Typ preimplantačního vyšetření:	Indikace:
<input type="checkbox"/> PGS – screening aneuploidíí	<input type="checkbox"/> věk <input type="checkbox"/> opakované spontánní potraty <input type="checkbox"/> opakované neúspěchy IVF <input type="checkbox"/> jiné:
<input type="checkbox"/> PGD - detekce pohlaví	Důvod:
<input type="checkbox"/> PGD – chromosomální vada	Karyotyp nosiče:
<input type="checkbox"/> PGD – monogenní choroba	Gen: Dědičnost:
<input type="checkbox"/> jiné:	Popis:
Biopsie:	
<input type="checkbox"/> blastomery	<input type="checkbox"/> trofektodermu
Časové požadavky:	
<input type="checkbox"/> standardně – do 30 dnů	<input type="checkbox"/> k transferu v příštím cyklu – do 14 dnů <input type="checkbox"/> k čerstvému transferu-do 2 dnů
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:	

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 a že jsou splněny podmínky Zákona o specifických zdravotních službách (č. 373/2011 Sb., § 29, odst. 3)

Protokol PGD/PGS

II. Vyplní spolupracující embryologická laboratoř při odběru blastomer / trofektodermu

Pacientka:
Číslo pojištění (datum narození):
Požadované vyšetření:
Počet bioptovaných embryí:
Den kultivace bioptovaných embryí:
Biopsii provedl: Datum biopsie:
Požadovaný jazyk zprávy:

Embryologická laboratoř		Genetická laboratoř GENNET	
Identifikace embrya	Počet buněk / stadium embrya	Identifikace embrya	Závěr

Datum:

Podpis: