

Žádanka na preimplantační vyšetření
Preimplantační genetické vyšetření - PGT („Preimplantation Genetic Testing“)
I. Vyplní klinický genetik pro indikaci k PGT

Osobní data pacientky (štítek)	Osobní data partnera (štítek)
Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Adresa:	Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Adresa:
Diagnóza (MKN):	Diagnóza (MKN):
Indikující lékař:	
(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)	
Typ preimplantačního vyšetření:	Indikace:
PGT aneuploidií (PGT-A)	věk opakované spontánní potraty opakované neúspěchy IVF jiné:
PGT - detekce pohlaví	Důvod:
PGT- strukturní chromosomová vada (PGT-SR)	Karyotyp nosiče:
PGT- monogenni choroba (PGT-M)	Gen: Dědičnost:
jiné:	Popis:
Biopsie:	
blastomery	trofektodermu
Časové požadavky:	
standardně – do 30 dnů	k transferu v příštím cyklu – do 14 dnů 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)

