

**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: <span style="float: right;">Samoplátce</span> Adresa:	Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: <span style="float: right;">Samoplátce</span> Adresa:
Diagnóza (MKN):	Diagnóza (MKN):
<b>Indikující lékař:</b>	
(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:
<b>Biopsie:</b>	
blastomery	trofektodermu
<b>Časové požadavky:</b>	
standardně – do 30 dnů	k transferu v příštím cyklu – do 14 dnů k čerstvému transferu-do 2 dnů
<b>Vyšetření provádí:</b> GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Kostelní 9/292, 170 00 Praha 7, Tel.:222 313 000	
<b>Záznamy laboratoře:</b>	
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)

