

Žádanka na neinvazivní prenatalní test aneuploidií PRENASCAN

Osobní data pacientky (štítek):		Indikující lékař:	
Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Pohlaví: <input checked="" type="checkbox"/> žena Adresa: Diagnóza (MKN):		(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)	
Primární vzorek:			
<input type="checkbox"/> periferní krev (Streck Cell-Free DNA BCT CE, 10 ml nesrážlivé krve)* <small>*Po odběru krve je nutné zkumavku 10x obrátit a skladovat ji při pokojové teplotě. Krev musí být dodána do laboratoře do 2–3 dnů od odběru!</small>			
Datum a čas odběru:		Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):	
Klinická data: (doplň odesílající lékař)			
Syndrom mizejícího dvojčete:* <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		Jedná se o opakovaný odběr krve pro toto vyšetření? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
<small>*) Pokud ANO: Vyšetření lze provést u syndromu mizejícího dvojčete pouze v případě, že byl diagnostikován do 8. týdne gravidity a odběr vzorku následuje po min. 8 týdnech od ukončení zástavy vývoje druhého plodu.</small>			
Počet plodů: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 →		Jedná se o: <input type="checkbox"/> Monozygot <input type="checkbox"/> Dizygot <input type="checkbox"/> Zygotita neurčena	
Gravidita po IVF: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		Bylo provedeno PGT: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
		Darovaný oocyt: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
		Věk dárkyně: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Hmotnost (kg):		Datum posledních měsíčků:	
Výška (cm):		Gestáční stáří při odběru dle UZ: Týdny: + dny:	
Riziko T21 1/			
Riziko T18 1/			
Riziko T13 1/			
Užívá pacientka léky snižující srážlivost krve (na bázi heparinu): <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		Počet hodin od podání posledního léku:*	
<small>*) pokud pacientka užívá léky na snížení srážlivosti krve (např. Fraxiparin, Clexane), je vyšší riziko neinformativního výsledku testu a nutnosti opakovaného odběru. Odběr krve je nutné provést před podáním další dávky léku (tj. co nejdále od podání poslední dávky).</small>			
Výsledek zaslat na e-mail lékaře:			
Informovaný souhlas* – pacientce byl předán IS a poučení s PRENASCAN a pacientka souhlasí:			
<input checked="" type="checkbox"/> s vyšetřením vzorku		Chce znát pacientka pohlaví plodu? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
<input type="checkbox"/> s využitím vzorku k výzkumným účelům		<small>NE: Nebudeme reportovat pohlaví plodu, ale provádíme analýzy pohlavních chromozomů a v případě anomálie pohlavních chromozomů reportujeme toto zjištění a tedy i pohlaví plodu!</small>	
Chce znát pacientka doprovodné nálezy? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		<small>Pokud ANO: Analyzujeme celý genom a reportujeme všechny nálezy o velikosti více nebo rovno 7Mb. Pokud NE: Analyzujeme pouze chromozomy 21, 13 a 18 a anomálie pohlavních chromozomů.</small>	
<small>*) Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že pacientem či zákonným zástupcem je podepsán IS s vyšetřením, který je buď uložen v dokumentaci pacienta nebo je přiložen k této žádance.</small>			
Vyšetření provádí: GENNET, s. r. o., Laboratoře GENNET, Pekařská 635/6, 158 00 Praha 5 – Jinonice, Tel: 226 231 691			
Záznamy laboratoře:			
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:		Vzorek/žádanku přijal(a):	

