

Oddelenie lekárskej genetiky
Žiadanka na molekulárno-genetické laboratórne vyšetrenia

Priezvisko	Meno a titul	Interný kód laboratória
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Bydlisko	Rodné číslo	Dátum a čas prijmu do laboratória
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Kód poisťovne	Dátum a čas odberu	Kód hospitalizačného prípadu
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
EU poisťenec – ID / štát	Adresa odosielajúceho pracoviska, tel.č.	Pečiatka a podpis lekára
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Kód odosielajúceho lekára		
<input style="width: 95%;" type="text"/>		

Kód diagnóz (MKCH 10)

Zdôvodnenie vyšetrenia indikujúcim lekárom (povinný údaj)

Biologický materiál

Molekulárno-genetické vyšetrenia - 1 - 5 ml plnej venóznej krvi odobratej do samostatnej skúmavky s EDTA (ako na krvný obraz). Doručiť do laboratória v deň odberu, najneskôr do 72 hodín od odberu (skladovať pri 4 °C).

Periférna krv – EDTA	plodová voda	tkanivo – fyziologický roztok	tkanivo nasucho
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Trombofilné mutácie <input type="checkbox"/> FV Leiden (1691G>A) <input type="checkbox"/> Protrombín/Faktor II (G20210A) <input type="checkbox"/> MTHFR (677C>T) <input type="checkbox"/> MTHFR (1298A>C) <input type="checkbox"/> PAI-1	Hemochromatóza, hereditárny typ <input type="checkbox"/> HFE (C282Y, H63D, S65C) Wilsonova choroba <input type="checkbox"/> ATP7B (H1069Q,3402delC) Deficit alfa-1-antitrypsínu <input type="checkbox"/> SERPINA 1 (A1AT- alela Z a S) HLA – B27 <input type="checkbox"/> B*27 AZF mikrodélácie <input type="checkbox"/> Y špecifické sekvencie AZF oblastí Prenatálna diagnostika Aneuploidie chromozómov <input type="checkbox"/> 21, 18, 13, X a Y	Celiakia (celiakálna sprue) <input type="checkbox"/> HLA typizácia DQ2/DQ8 Laktózová intorlerancia, dultný typ <input type="checkbox"/> LCT C1390T/G22018A Gilbertov syndróm <input type="checkbox"/> UGT1A1 (TATA box) <input type="checkbox"/> Enhancer T327G Iný typ vyšetrenia/poznámka:
---	---	---

Informovaný súhlas pacienta

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol(a) lekárom zrozumiteľne informovaný (á) o svojom zdravotnom stave/o zdravotnom stave mnou zastupovanej osoby, o dôvode, pre ktorý sa navrhuje genetické vyšetrenie, ďalej o účele, spôsobe a možnostiach ďalšej zdravotnej starostlivosti, ktorú by mi bolo možné poskytnúť v nadväznosti na výsledok genetického vyšetrenia, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Na základe tohto poučenia prehlasujem, že súhlasím s prevedením uvedeného genetického testu. Výsledky testu budú dôverné a nebudú bez môjho súhlasu poskytnuté tretej strane, pokiaľ platné právne predpisy neurčia inak.

Dátum

.....
 podpis pacienta/zákonného zástupcu