

# ŽÁDANKA NA MOLEKULÁRNĚ BIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ



**Institut laboratorní  
medicíny**

**Lab In – Institut laboratorní medicíny, s.r.o.**

Blahoslavova 18/5, 360 01 Karlovy Vary

potřebuji@labin.cz, www.labin.cz

tel.: 353 311 514

INFOLINKA ZDARMA

800 183 675

800 100 590

800 100 316

Rodné číslo:  (číslo pojištění) Pohlaví (M/Ž):  Diagnóza:  Kód pojišťovny:

Příjmení, Jméno:  Samoplátce:

Statim:  Tel. pro statim:  Datum odb.:  Čas odb.:

IČZ:  Odbornost lékaře:

## HEMATOLOGIE

- FV Leiden (FVL, R506Q)
- Protrombin (FII, G20210A)
- MTHFR (C677T, A1298C)
- GPIa (C807T)
- GPIIb (L33P)
- FXIII (Val34Leu)
- PAI-1 (4G/5G)
- ACE (I/D)

## ONKOHEMATOLOGIE

- JAK2 (V617F)  JAK2 (exon 12)
- CALR (exon 9)  MPL (W515L, W515K)
- BCR/ABL detekce fúzního genu

## FARMAKOGENETIKA

- CYP2C9\*2 (C430T), \*3 (A1075C) + VKORC1 (-1639G>A)
- TPMT (G238C, G460A, A719G)

## ONKOGENETIKA

- KRAS/NRAS – FFPE řez

## OSTATNÍ

- HLA-B27
- Hemochromatóza (C282Y, H63D, S65C)
- Kongenitální adrenální hyperplazie (CAH - 11 mutací + MLPA)
- Receptor pro folikulstimulační hormon (FSHR - Ser680Asn)
- Mikrodelece Y
- Cystická fibróza (CFTR) - 35 mutací + TrnTgn IVS8
- Spinální muskulární atrofie (SMA) - delece genu SMN1
- Syndrom fragilního chromozómu X (FRAXA)
- Connexin 26 (35delG GJB2) - AR dědičná hluchota
- HLA-C typizace (C1/C2)  KIR haplotyp (A/B)
- Celiakální spruce (DQ2, DQ8)
- Laktózová intolerance (C/T -13910, G/A -22018)
- Osteoporóza (Col1A1 SP1 104-441G>T + VDR BsmI 1024+283G>A)
- Fruktózová intolerance (AldoB-A149P, A174D, N334K, del4E4)
- Gilbertův syndrom (UGT1A1 TATA box)
- ApoE (E2, E3, E4)

Izolace DNA – zaslat na pracoviště: .....

Číslo žádanky:

Datum příjmu:

Datum izolace:

Razítko lékaře nebo oddělení s adresou:

Podpis lékaře:

Materiál odebral:

Odběr krve k vyšetření lidské DNA byl proveden s informovaným souhlasem pacienta.

Souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta.

Pacient souhlasí s:  uložením vzorku pro další analýzu

anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

Odběrový materiál: zkumavka s K<sub>3</sub> EDTA s fialovým uzávěrem

Žádanka na laboratorní vyšetření je určena pro vyšetření s léčebným cílem nebo pro vyšetření s cílem ochrany lidského zdraví a v souladu s § 58 zákona č. 235/2004 Sb. o DPH jsou tato vyšetření osvobozena od DPH. V opačném případě je žadatel povinen tuto skutečnost oznámit laboratoři.

\*\*jméno pacienta uvádějte ve formátu: příjmení jméno

Materiál je zpracováván ve spolupráci s laboratořemi lékařské genetiky Vaše laboratoře, s.r.o.

# SOUHLAS VYŠETŘOVANÉ/HO (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM

Jméno vyšetřované/ho: .....

Číslo pojištěnce: .....

## Účel genetického laboratorního vyšetření:

• ověření/potvrzení diagnózy nemoci a/nebo vývojové vady: .....

• zjištění predispozice pro nemoc a/nebo vývojovou vadu: .....

• zjištění přenašečství pro nemoc a/nebo vývojovou vadu: .....

• k optimalizaci léčby: .....

• jiné .....

Ze vzorku:  kostní dřeň,  periferní krev,  křáň tumoru,  plodová voda,  jiné .....

## A. Prohlášení lékaře - vyplňuje lékař

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika výše uvedeného cytogenetického/genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno lékaře: .....

Datum: ..... Razítko a podpis:.....

## B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Přeji /  Nepřeji si být informován/a o výsledku cytogenetického/genetického laboratorního vyšetření.

Přeji /  Nepřeji si být informován/a o výsledku neočekávaných nálezů.

Přeji si, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno: ..... Adresa: .....

Jméno: ..... Adresa: .....

Souhlasím /  Nesouhlasím s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných.

Souhlasím /  Nesouhlasím s uchováním buněčné suspenze/DNA pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny. Jsem si vědom/a, že v případě nesouhlasu, již nebude možné výsledek některých vyšetření dodatečně ověřit nebo doplnit a bude nutný nový odběr materiálu.

Souhlasím /  Nesouhlasím s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření. Byl/a jsem seznámen/a s možností vysoké stresové zátěže při sdělení pozitivního výsledku a všemi důsledky s tím spojenými. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.**

Prohlašuji, že jsem všem údajům, poučením a souhlasům, které mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl/a.

Dne: .....

V ..... Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

Jméno zákonného zástupce: ..... Číslo pojištěnce: .....

Vztah k vyšetřované osobě: .....