repromeda lab
M 8153
Laboratoř lékařské a reprodukční genetiky
Studentská 812/6, 625 00 Brno
Zdravotnická laboratoř č. 8153 akreditovaná ČIA
podle ČSN EN ISO 15189 ed. 3:2023

Žádanka o cytogenetické a molekulárně genetické vyšetření

Identifikace pacienta			
Jméno, příjmení:		Zdravotní pojišťovna:	
Číslo pojištěnce:		Pohlaví:	□ žena □ muž
Datum narození:		Kód diagnózy:	
Donor gamet:	□ ano / □ ne		

Čísla vzorků (vyplní laboratoř)	
Cytogenetika	
Molekulární genetika	

Jazyk výsledného protokolu: □ Čeština / □ Angličtina

	Odebraný / vyizolovaný materiál	Počet zkumavek
□	Žilní krev (zkumavka s heparinem)	
□	Žilní krev (zkumavka s EDTA)	
□	DNA vyizolovaná z	
□	buněčná suspenze	
□	choriové klky	
□	bukální sliznice/sliny	

Jiná sdělení laboratoři

Požadovaná vyšetření			
□	Karyotyp	□	KIR
□	FISH chromozomu X	□	HLA-C
□	Získané chromozomové aberace	□	Spinální muskulární atrofie (S)
□	Jiné (upřesnit):	□	Trombofilní mutace (T)
□	Izolace DNA	□	Fragilní X (F)
□	ILGA™	□	Cystická fibróza (CF)
□	PANDA® Basic	□	Mikrodelece azoospermického faktoru (AZF)
□	PANDA® Carrier (Kompatibilita □ ano)	□	Hluchota (GJB2)
□	PANDA® Complete (Kompatibilita □ ano)	□	Aneuploidie u potraceného plodu (CVS)
□	EXOME (na vyžádání specialisty)	□	Nebalancované chromozomové aberace (SNP array)
□	Reference PGT-M/PGT-A Plus®:	□	Jiné (upřesnit)

Identifikace partnera

Informace o rozsahu akreditace na www.repromedalab.cz

Odesílající pracoviště potvrzuje, že vzorky krve, nebo choriových klků byly odebrány v uvedené datum a čas a byly uchovávány při teplotě 4–8°C. K žádance musí být přiložen informovaný souhlas pacienta s genetickým vyšetřením. Bez řádně dodaného a podepsaného informovaného souhlasu nemůže být vyžádané vyšetření laboratoří provedeno.

Odběr a předání materiálu					
Odebral (jméno, podpis)		Datum:		Čas:	
Předal (jméno, podpis)		Datum:		Čas:	

Transport			Převzetí materiálu v laboratoři (vyplní laboratoř)	
□	Interní transport	-----	Datum a čas:	
□	REPROMEDA s.r.o. (jméno, podpis)		Transportní teplota:	□ vyhovuje □ nevyhovuje
□	Přepravce: (jméno společnosti)		Převzal: (jméno a podpis)	

Odesílající pracoviště garantuje, že vyšetření bylo indikováno klinickým genetikem v souladu se zákonem č. 373/2011 (Zákon o specifických zdravotních službách).

Indikující lékař: ..... Pracoviště: ..... Odbornost: 208

Odesílající pracovník: ....
jméno podpis datum