

Žádanka na imunogenetické a farmakogenetické vyšetření

Osobní data pacienta (štítek)		Indikující lékař:
Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Pohlaví: muž žena Adresa: Diagnóza (MKN):		(jméno, odbornost, I.L.P., pracoviště, razítko, podpis)
Primární vzorek:		Jiný materiál:
periferní krev (5ml nesrážlivé krve v K ₃ EDTA) bukalní stěr		izolovaná DNA z:
Datum a čas odběru:		Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):
Klinická data: (doplň odeslající lékař)		☐ STATIM
Požadovaná vyšetření:		
FH test (dědičná hypercholesterolémie a účinnost léčby statiny) Farmakogenetika (vrozené dispozice ovlivňující metabolismus léčiv) Vyšetření HLA DQA1*05 (rs 2097432) pro biologickou léčbu anti-TNF preparáty Gen TPMT – alely *1, *2, *3A, B, C (mutace c.238G>C, c.460G>A a c.719A>G) Gen NUDT15 – alely *1, *2, *3, *4, *5 (mutace c. 415C>T, c. 416 G>A a c.52G>A) Predispozice k celiakii – haplotypy HLA-DQ2.5 (DQA1*05/DQB1*02), HLA-DQ2.2 (DQA1*02/DQB1*02), HLA-DQ8(DQA1*03/DQB1*03:02) M.Bečtěrev – haplotyp HLA B27 HLA-C typizace (C1/C2) Stanovení KIR haplotypu (A/B)		
Informovaný souhlas* - vyšetřovaná osoba:		
SOUHLASÍ s vyšetřením vzorku NESOUHLASÍ s uskladněním vzorku s využitím vzorku k výzkumným účelům s uskladněním vzorku		
*) 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		
Vyšetření provádí: GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Pekařská 635/6, 158 00 Praha 5 – Jinonice, Tel: 226 231 691		
Záznamy laboratoře:		Vzorek/žádanku přijal(a):
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:		

