

Žádanka na genetické vyšetření - dárce gamet

Osobní data pacienta (štítek):		Indikující lékař:	
Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Pohlaví: muž žena Adresa: Diagnóza (MKN):		(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)	
Primární vzorek: periferní krev (5 ml nesrážlivé krve)		Jiný materiál:	
☐ v K ₃ EDTA (molekulární genetika) ☐ v Li-Heparin (cytogenetika, karyotyp)		☐ izolovaná DNA z: (molekulární genetika)	
Datum a čas odběru:		Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):	
Klinická data: (doplň odesílající lékař nebo přilož klinickou zprávu k žádance)		☐ STATIM	
Požadovaná vyšetření:			
☐ Karyotyp ☐ CarrierTest - prekoncepční panel kandidáta dárcovství (přenašečství recesivních mutací v genech <i>GJB2</i>, <i>CFTR</i>, <i>SMN1</i>, <i>COL4A5</i>, <i>OTC</i>, <i>DMD</i>, <i>GLA</i>, <i>MTM1</i>, <i>IL2RG</i>, <i>NBN</i>, <i>ATM</i>; odezva na stimulaci FSH; vyšetření HLA-C) ☐ Dodatečné vyhodnocení vybraných genů pro matching: Lze žádat pouze pokud má dárce proveden CarrierTest metodou WES v GNTlabs. Vypište jednotlivé geny oddělené středníkem: ☐ Vyšetření genů (od 1 do 10 genů) u dárce bez předešlého vyšetření CarrierTest metodou WES v GNTlabs Vypište jednotlivé geny oddělené středníkem:			
Samostatné testy (vzorek nevyšetřen pomocí CarrierTest)			
Syndrom fragilního X - detekce expanze CGG repetice genu <i>FMR1</i> Cystická fibróza - 50 mutací + Tn varianty IVS8 <i>CFTR</i> Spinální muskulární atrofie - stanovení počtu kopií exonu 7 a 8 <i>SMN1</i> AR hluchota - detekce mutace 35delG <i>GJB2</i> HLA-C DNA Test - HLA-C typizace (C1/C2) Odpověď na hormonální stimulaci – polymorfismus Ser680Asn <i>FSHR</i>		Trombofilní mutace ☐ Leiden (G1691A) F5 ☐ G20210A F2 (protrombin) ☐ C677T <i>MTHFR</i> ☐ A1298C <i>MTHFR</i>	
Informovaný souhlas* – vyšetřovaná osoba:			
SOUHLASÍ s vyšetřením vzorku s využitím vzorku k výzkumným účelům s uskladněním vzorku		NESOUHLASÍ 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:			
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:		Vzorek/žádanku přijal(a):	

