

Žádanka na prekoncepční genetické vyšetření pacientů

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) izolovaná (IZ) DNA z:		Bukální stěr (molekulární genetika) v Li-Heparin (Karyotyp, FISH, ZCA) Je IZ DNA již v laboratoři GNTlabs? ANO NE (IZ DNA zasíláme s žádankou)	
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	
Důvody pro vyšetření (diagnóza, indikace):			
Primární sterilita / ≥2 neúspěchy IVF (N97.8)		Porucha spermiogramu (azoospermie, OAS <10M) (N46)	
Opakované těhotenské ztráty (2 a více) (N96)		Amenorea (N91.2)	
PoF (předčasné ovariální selhání) (E28.3)		Vrozené vady v RA (Z82.7)	
		Vrozené vady v OA (Z87.7) Pokrevní příbuznost (Z84.3) Jiné důvody (Z82.7)	
Požadovaná vyšetření:			
Karyotyp		FISH	
		(Specifikujte chromozom a oblast)	
CarrierTest - prekoncepční panel (vyšetření pacienta)		ZCA*	
		(trombofilní profil, přenašečství recesivních mutací, odezva na stimulaci FSH, u muže mikrolece chromozomu Y - AZFa, AZFb, AZFc vč. SRY).	
Vyšetření genetické kompatibility páru (zpráva o kompatibilitě)		Bude odběr partnerů realizován ve stejný čas? ANO NE	
Informace o partnerovi:			
Jméno, Příjmení:		RČ*/ČP*/datum narození:	
*RČ = rodné číslo, ČP = číslo pojištění, *ZCA = Získané chromozomální aberace		Vyplňte alespoň jeden z údajů	
Prediktivní testování vč. testu kompatibility páru (partner je nositel mutace genu z CarrierTestu)			
Mutace partnera je v genech:		(uvedte přesný název genu/genů)	
Samostatné molekul. genetické testy:			
Syndrom fragilního X - detekce expanze CGG repeticí genu FMR1 Cystická fibróza - 50 mutací + Tn varianty IVS8 CFTR Mikrolece chromozomu Y - AZFa, AZFb, AZFc vč. SRY		Odpověď na hormonální stimulaci - polymorfismus Ser680Asn FSHR KIR DNA Test - Stanovení KIR haplotypu (A/B) HLA-C DNA Test - HLA-C typizace (C1/C2)	
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 informovaný souhlas, 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):	

