

Žádanka na neinvazivní prenatalní test aneuploidií PRENASCAN

Osobní data pacientky (štítek):	Indikující lékař:
Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Pohlaví: ☒ žena Adresa: Diagnóza (MKN):	 (jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Primární vzorek:	
☐ periferní krev (Streck Cell-Free DNA BCT CE, 10 ml nesrážlivé krve)* *Po odběru krve je nutné zkumavku 10x obrátit a skladovat ji při pokojové teplotě. Krev musí být dodána do laboratoře do 2–3 dnů od odběru!	
Datum a čas odběru:	Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):
Klinická data: (doplň odesílající lékař)	
UPOZORNĚNÍ: Pro správné zpracování vzorku je nutné vyplnit pole označená tučným písmem.	
Syndrom mizejícího dvojčete:* ☐ ANO ☐ NE Jedná se o opakovaný odběr krve pro toto vyšetření? ☐ ANO ☐ NE *) Pokud ANO: Vyšetření lze provést u syndromu mizejícího dvojčete pouze v případě, že byl diagnostikován do 8. týdne gravidity a odběr vzorku následuje po min. 8 týdnech od ukončení zástavy vývoje druhého plodu.	
Počet plodů: ☐ 1 ☐ 2 → Jedná se o: ☐ Monozygot ☐ Dizygot ☐ Zygozita neurčena Gravidita po IVF: ☐ ANO ☐ NE Bylo provedeno PGT: ☐ ANO ☐ NE Darovaný oocyt: ☐ ANO ☐ NE Věk dárkyně: ☐ ANO ☐ NE	
Hmotnost (kg): Datum posledních měsíčků: Výška (cm): Gestáční stáří při odběru dle UZ: Týdny: + dny:	
Riziko T21 1/ Riziko T18 1/ Riziko T13 1/	
Užívá pacientka léky snižující srážlivost krve (na bázi heparinu): ☐ ANO ☐ NE Počet hodin od podání posledního léku:*	
*) pokud pacientka užívá léky na snížení srážlivosti krve (např. Fraxiparin, Clexane), je vyšší riziko neinformativního výsledku testu a nutnosti opakovaného odběru. Odběr krve je nutné provést před podáním další dávky léku (tj. co nejdříve od podání poslední dávky).	
Výsledek zaslat na e-mail lékaře: Výsledek v anglickém jazyce:	
Informovaný souhlas* – pacientce byl předán IS a poučení s PRENASCAN a pacientka souhlasí:	
☒ s vyšetřením vzorku Chce znát pacientka pohlaví plodu? ☐ ANO ☐ NE NE: Nebudeme reportovat pohlaví plodu, ale provádíme analýzy pohlavních chromozomů a v případě anomálie pohlavních chromozomů reportujeme toto zjištění a tedy i pohlaví plodu! ☐ s využitím vzorku k výzkumným účelům	
Chce znát pacientka doprovodné nálezy? ☐ ANO ☐ NE Pokud ANO: Analyzujeme celý genom a reportujeme všechny nálezy o velikosti více nebo rovno 7Mb. Pokud NE: Analyzujeme pouze chromozomy 21, 13 a 18 a anomálie pohlavních chromozomů.	
*) Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že pacientem či zákonným zástupcem je podepsán IS s vyšetřením, 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):

