

## ŽÁDANKA K MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉMU VYŠETŘENÍ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Pacient:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Kód pojišťovny:                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Žadatel:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Odbornost: |
| Číslo pojištění:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | IČP:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |
| Datum narození:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Jméno lékaře:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |
| Příjmení:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Adresa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
| Jméno:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Tel.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| Základní diagnóza:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Razítko a podpis:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |
| Ostatní diagnózy:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Kontakt na pacienta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Materiál:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <b>Datum odběru:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> periferní krev (EDTA/heparin) * <input type="checkbox"/> tkáň (nativní/FFPE) *<br><input type="checkbox"/> kostní dřeň (odběr do EDTA) <input type="checkbox"/> DNA<br><input type="checkbox"/> buňky z kostní dřeně <input type="checkbox"/> jiný ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <b>Informovaný souhlas s vyšetřením (NUTNO VYPLNIT):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <input type="checkbox"/> je přiložen k této žádance<br><input type="checkbox"/> byl zaslán již dříve (jedná se o opakované vyšetření)<br><input type="checkbox"/> je uložen v dokumentaci pacienta (pouze pro pacienty IHOK FN Brno)<br><input type="checkbox"/> pacient NESOUHLASÍ s anonymním využitím DNA/RNA/buněk/plasmy k výzkumným a vědeckým účelům                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <b>Požadovaná vyšetření:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <input type="checkbox"/> somatické hypermutace <b>IGHV</b><br><input type="checkbox"/> translokace <b>CCND1/IGH - t(11;14)</b> , dg. MCL<br><input type="checkbox"/> translokace <b>BCL2/IGH - t(14;18)</b> , dg. FL<br><input type="checkbox"/> translokace <b>MYC/IGH - t(8;14)</b> , dg. BL<br><input type="checkbox"/> klonalita <b>IG</b><br><input type="checkbox"/> klonalita <b>TR</b><br><input type="checkbox"/> <b>MRD</b> u pacientů s CLL / MCL / FL *<br><input type="checkbox"/> <b>MRD</b> u pacientů s ALL negativních na <b>BCR/ABL</b> a <b>MLL</b> (RQ-PCR z DNA pomocí přestaveb IG/TR)<br><input type="checkbox"/> <b>array CGH</b><br><input type="checkbox"/> NGS panel pro lymfoproliferace ( <b>LYNX</b> )<br><input type="checkbox"/> NGS panel pro predispozice k nádorovým onemocněním ( <b>BRONCO 21</b> )<br><input type="checkbox"/> <b>WES</b><br><input type="checkbox"/> zjištění <b>přenašečství</b> u rodinného příslušníka |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | somatické    germinální<br><input type="checkbox"/> mutace v genu <b>TP53</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> mutace v genech <b>BRCA1, BRCA2</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> mutace v genu <b>ATM</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> mutace v genech <b>BTK a PLCG2</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> mutace v genu <b>BCL2</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> mutace v genu <b>CXCR4</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> mutace v genu <b>MYD88</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> mutace v genu <b>KIT</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> jiné geny .....<br><input type="checkbox"/> banking .....<br><input type="checkbox"/> projekt ..... |            |
| Jméno probanda:<br>Vztah k probandovi:<br>Číslo pojištění probanda:<br>Nález u probanda:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Odůvodnění požadovaného vyšetření:</b><br><input type="checkbox"/> stanovení diagnózy<br><input type="checkbox"/> stanovení prognózy onemocnění<br><input type="checkbox"/> rozhodnutí o typu léčby<br><input type="checkbox"/> monitoring onemocnění<br><input type="checkbox"/> jiné .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <b>Pro potřeby laboratoře (vyplňuje laboratoř):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Další informace (diagnóza, terapie):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |
| Datum a čas příjmu vzorku:<br>Přijal:<br>Číslo vzorku v LIS:<br>Zpracoval (kdo a kdy):<br>P převzal (kdo a kdy):<br><b>Výsledek vyšetření:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |