

ŽÁDANKA K MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉMU VYŠETŘENÍ

Pacient:	Kód pojišťovny:	Žadatel:	Odbornost:
Číslo pojištěnce:	/	IČP:	
Příjmení:		Jméno lékaře:	
Jméno:		Adresa:	
Základní diagnóza:		Tel.:	
Ostatní diagnózy:		Razítko a podpis:	
Kontakt na pacienta:			
Pohlaví:	<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	Informovaný souhlas s vyšetřením (NUTNO VYPLNIT):	
Datum odběru:		<input type="checkbox"/> je přiložen k této žádance <input type="checkbox"/> byl zaslán již dříve (jedná se o opakované vyšetření) <input type="checkbox"/> je uložen v dokumentaci pacienta (pacienti FN Brno)	
Materiál:	<input type="checkbox"/> bukální stěr <input type="checkbox"/> vzorek tkáně - nativní <input type="checkbox"/> vzorek tkáně - FFPE <input type="checkbox"/> jiný	Doplňující informace:	
<input type="checkbox"/> periferní krev (EDTA)			
<input type="checkbox"/> kostní dřeň (EDTA)			
<input type="checkbox"/> mozkomíšni mok (sterilní zkumavka)			
Naléhavost vyšetření:	<input type="checkbox"/> statim	<input type="checkbox"/> do 2 dnů	<input type="checkbox"/> do týdne <input type="checkbox"/> dle dohody
Požadované vyšetření:	<input type="checkbox"/> PML::RARA (APL) <input type="checkbox"/> PML::RARA – kvantitativně (APL) <input type="checkbox"/> JAK2 – mutace V617F (MPN) <input type="checkbox"/> JAK2 – kvantitativně V617F (MPN) <input type="checkbox"/> JAK2 – mutace, exon 12 (MPN) <input type="checkbox"/> CALR – mutace, exon 9 (MPN) <input type="checkbox"/> CALR – kvantitativně (MPN) <input type="checkbox"/> MPL – mutace, exon 10 (MPN) <input type="checkbox"/> ASXL1 – mutace, exon 12 (MPN) <input type="checkbox"/> FIP1L1::PDGFRA (HES) <input type="checkbox"/> BCR::JAK2 (EO) <input type="checkbox"/> BCR::JAK2 – kvantitativně (EO) <input type="checkbox"/> EWSR1::FLI1 (EWS/PNET), <input type="checkbox"/> EWSR1::ERG (EWS/PNET) <input type="checkbox"/> EWSR1::WT1 (DSRCT)	<input type="checkbox"/> PAX3::FOXO1 (ARMS) <input type="checkbox"/> PAX7::FOXO1 (ARMS) <input type="checkbox"/> SYT::SSX1, SYT::SSX2 <input type="checkbox"/> NPM1::ALK (ALCL) <input type="checkbox"/> KIAA1549::BRAF (PA) <input type="checkbox"/> BRAF – mutace (HCL, HI, PA) <input type="checkbox"/> ALK – mutace (NB) <input type="checkbox"/> CTNNB1 – mutace (MB) <input type="checkbox"/> CYP2C9, VKORC1 <input type="checkbox"/> CYP2C19 <input type="checkbox"/> TPMT <input type="checkbox"/> DPYD <input type="checkbox"/> Jiné Vyšetření chimérismu: <input type="checkbox"/> před <input type="checkbox"/> po allo-HSCT	
Pro potřeby laboratoře (vyplňuje laboratoř):			
Přijal (kdo a kdy):		Výsledek vyšetření:	
Zpracoval (kdo a kdy):			
Převzal (kdo a kdy):			
Další informace:	Č. vzorku v LIS		