FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
PRACOVIŠTĚ DĚTSKÁ NEMOCNICE
Černopolní 9, 613 00 Brno
IČO 652 69 705
korespondenční adresa: Jihlavská 20, 625 00

INTERNÍ HEMATOLOGICKÁ A ONKOLOGICKÁ KLINIKA
CENTRUM MOLEKULÁRNÍ BIOLOGIE A GENETIKY
Tel.: 532 234 714, 532 234 232

C

ŽÁDANKA K CYTOGENETICKÉMU VYŠETŘENÍ

Pacient:	Kód pojišťovny:				**Žadatel:**	Odbornost:			
Číslo pojištěnce:					IČP:				
Příjmení:					Jméno lékaře:				
Jméno:									
Základní diagnóza:					Adresa:				
Ostatní diagnózy:					Tel.:				
Kontakt na pacienta:					Razítko a podpis:				

Pohlaví:	☐ muž ☐ žena
Datum a čas odběru:	

Informovaný souhlas s vyšetřením (NUTNO VYPLNIT):

☐ je přiložen k této žádance

☐ byl zaslán již dříve (jedná se o opakované vyšetření)

☐ je uložen v dokumentaci pacienta (pacienti FN Brno)

Materiál:

☐ periferní krev (heparin)
počet leukocytů …….

☐ kostní dřeň (heparin)

☐ periferní krev (EDTA)**

☐ vzorek tkáně - nativní

☐ vzorek tkáně - otisk

☐ jiný …….

Doplňující informace:

statim ☐ ano ☐ ne

Požadované vyšetření:

☐ karyotyp*

☐ FISH …….

☐ mFISH/ mBAND

☐ array CGH (odběr do EDTA)**

*V případě nejasného nebo patologického nálezu bude vyšetření doplněno metodou FISH.

**Pokud vzorek zasíláte k jinému molekulárně genetickému vyšetření na CMBG, odběr neduplikujte.

Pro potřeby laboratoře (vyplňuje laboratoř):	
Přijal (kdo a kdy):	
Číslo vzorku v LIS:	
Převzal (kdo a kdy):	
Poznámka:	

Další informace (diagnóza, terapie):