

ŽÁDANKA K CYTOGENETICKÉMU VYŠETŘENÍ

Pacient:	Kód pojišťovny:									Žadatel:	Odbornost:					
Číslo pojištění:										IČP:						
Příjmení:										Jméno lékaře:						
Jméno:																
Základní diagnóza:																
Ostatní diagnózy:																
Kontakt na pacienta:										Adresa:						
										Tel.:						
										Razítko a podpis:						
Pohlaví:	<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena		Informovaný souhlas s vyšetřením (NUTNO VYPLNIT):													
Datum odběru/čas:			<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)													
Vztah k probandovi:																
Materiál																
<input type="checkbox"/> periferní krev (EDTA)				<input type="checkbox"/> DNA				<input type="checkbox"/> choriové klky				<input type="checkbox"/> fetální tkáň				
<input type="checkbox"/> periferní krev (heparin)				<input type="checkbox"/> bukální stěr				<input type="checkbox"/> kultivované amniocyty				<input type="checkbox"/> jiný				
<input type="checkbox"/> suspenze				<input type="checkbox"/> plodová voda				<input type="checkbox"/> pupečnicková krev								
Požadované vyšetření										Specifikace						
<input type="checkbox"/> KARYOTYP																
<input type="checkbox"/> ZCA – CAPL																
<input type="checkbox"/> FISH																
<input type="checkbox"/> array – CGH																
<input type="checkbox"/> MLPA																
<input type="checkbox"/> QF – PCR																
<input type="checkbox"/> qPCR																
<input type="checkbox"/> bankování										<input type="checkbox"/> jiné						
Naléhavost vyšetření <input type="checkbox"/> statim <input type="checkbox"/> gravidita týden gravidity:																
Pro potřeby laboratoře (vyplňuje laboratoř):																
Přijal (kdo a kdy):																
Číslo vzorku v LIS:																
Převzal (kdo a kdy):																
Další informace:																
<p>V případě nejasného nebo patologického nálezu vyšetření karyotypu dle SA/CMBG/C0003 bude vyšetření doplněno metodou FISH.</p> <p>Podrobné informace o vyšetřovacích postupech a podmínkách vyšetření jsou uvedeny v laboratorní příručce dostupné na webových stránkách FN Brno.</p>																