

Zdravotnická laboratoř č.8213 akreditovaná ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189 : 2013

Laboratoře klinické cytogenomiky

tel. laboratoř: 532234491, 532234573



Průvodní list k prenatálnímu vyšetření

Jméno a příjmení:	
Adresa:	
Číslo pojištění:	Zdravotní pojišťovna:
Datum narození:	Týden gravidity:
Pohlaví: ☐ žena ☐ muž	Dg.:

Indikace invazivního prenatálního vyšetření

Výsledek screeningu v I. trimestru		
Výsledek screeningu ve II. trimestru		
UZ nález		

Biologický materiál – primární vzorek

CVS		Krev plodu + Heparinml	
Plodová voda,ml, čirá/sangvinolentní *		Krev plodu + EDTAml	
Fetální tkáň		Krev matky + EDTAml	

Požadované vyšetření

Materiál: AMC, CVS, krev plodu, fetální tkáň	Materiál: krev matky po 11. t. g.
Karyotyp	Stanovení pohlaví plodu z fetální DNA v krvi matky
QF-PCR, chr. 13, 18, 21, X, Y	Stanovení Rh faktoru plodu z fetální DNA v krvi matky
QF-PCR, chr. 13, 15, 16, 18, 21, 22, X, Y	Achondroplázie (gen FGFR3)
Array-CGH	
FISH	
DNA analýza	

Pohlaví plodu si přeje / nepřeje* znát.

Informovaný souhlas pacientky je součástí zdravotnické dokumentace GPK.

* nehodící se škrtněte

Výsledky vyšetření zaslat:

lékař GPK	☐	ošetřující gynekolog	☐	pacientka	☐
-----------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-----------	--------------------------

Telefonické sdělení výsledku na tel. číslo:

Odběr materiálu provedl:

Datum..... čas.....

 Jmenovka a podpis lékaře
 Razítko zdravotnického zařízení

Příjem materiálu do laboratoře:

Datum..... čas..... přijal.....