

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 pojištěnce:   | Zdravotní pojišťovna: |
| Datum narození:   | Týden gravidity:      |
| Pohlaví: <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> 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 + Heparin .....ml |  |
| Plodová voda, ....ml, čirá/sangvinolentní * | Krev plodu + EDTA .....ml    |  |
| Fetální tkáň                                | Krev matky + EDTA .....ml    |  |

**Požadované vyšetření**

|   |   |
|---|---|
| <b>Materiál: AMC, CVS, krev plodu, fetální tkáň</b> | <b>Materiál: krev matky po 11. t. g.</b>              |
| 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.....