

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

**Laboratoře klinické cytogenomiky**

tel. laboratoř: 532234745, 532234551


**Žádanka k molekulárně cytogenetickému vyšetření**

Číslo pacienta:

Statim:

--	--

Jméno a příjmení:	Zdravotní pojišťovna:
Číslo pojištění:	Pohlaví:
Datum narození:	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> neuvedeno
Adresa:	Vztah k vyšetřovanému:

**Klinická diagnóza:**

--

**Biologický materiál:**

Periferní krev v EDTA		Pupečníková krev		Plodová voda		DNA		RNA	
Periferní krev v PAXgene Blood RNA tube		Tkáň po odběru zamražená		Kultivované amniocyty		Choriové klky		jiné	

Datum příjmu na oddělení:	Čas:	Přijal:
Datum odběru:	Čas:	Odebral:
Datum příjmu do laboratoře:	Čas:	Přijal:

**Požadované vyšetření: (akreditované metody jsou označeny \*)**

	Specifikace
<b>MLPA*)</b> mikrolece	P250 DiG, P245 MD1, P297 MD2
<b>MLPA</b> methylační	ME030 BWS/SRS, ME028 PWS/AS
<b>Array CGH*)</b>	
<b>qPCR, array CGH</b>	ověření nálezu array CGH
Bankování / jiné	

**Vyšetření indikoval:**

Odbornost	IČP	Jméno, podpis a razítko lékaře

Podrobné informace o vyšetřovacích postupech a podmínkách vyšetření jsou uvedeny v laboratorní příručce dostupné na webových stránkách FN Brno.