

Kód pojišťovny	IČP										Datum a čas
	Odbornost										

**Centrum molekulární biologie a genové terapie
Sekce lymfoproliferativních onemocnění
Interní hematologická a onkologická klinika
FN Brno
Černopolská 9, 613 00 Brno
tel/fax.: 53223-4623**

POUKAZ NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Pacient	
příjmení a jméno	
Číslo pojištěnce	
Základní diagnóza	
Ostatní diagnózy	

Jméno lékaře:	
tel.:	
Razítko a podpis	

DNA / RNA diagnostika:

(vyplní ošetřující lékař)

Materiál

- | | |
|---|---|
| ☐ periferní krev (EDTA / Heparin)* | ☐ DNA |
| ☐ aspirát kostní dřeně (EDTA / Heparin)* | ☐ ostatní: |
| ☐ odběr tkáně | |

Pacientem podepsaný informovaný souhlas s vyšetřením a uchováním DNA: (NUTNO VYPLNIT!)

- ☐ **byl** získán a je přiložen k žádance.
- ☐ **byl** získán a je uložen v dokumentaci pacienta (**pouze pro pacienty IHOK FN Brno**).
- ☐ **nebyl** získán a vzorek DNA bude po analýze uložen maximálně 12 měsíců.

Požadavek

- ☐ somatické hypermutace v IgVH genu
- ☐ translokace **CCND1/IgH** (Mantle cell lymfom)
- ☐ translokace **BCL2/IgH** (Folikulární lymfom)
- ☐ translokace **MYC/IgH** (Burkittův lymfom)
- ☐ klonalita Ig (určení klonu / potvrzení klonality)*
- ☐ klonalita TCR (určení klonu / potvrzení klonality)*
- ☐ zbytková choroba
- ☐ jiné.....

Doplňující informace:

(diagnóza, terapie,...)

Výsledek vyšetření a komentář: