FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
PRACOVIŠTĚ DĚTSKÁ NEMOCNICE

Černopolní 9, 613 00 Brno
IČO 652 69 705
korespondenční adresa: Jihlavská 20, 625 00

INTERNÍ HEMATOLOGICKÁ A ONKOLOGICKÁ KLINIKA

CENTRUM MOLEKULÁRNÍ BIOLOGIE A GENETIKY
Sekce myeloidních malignit a solidních tumorů

ŽÁDANKA K MOLEKÁRNĚ GENETICKÉMU VYŠETŘENÍ

Pacient:	Kód pojišťovny:	**Žadatel:**	Odbornost:
Číslo pojištěnce:		IČP:	
Příjmení:		Jméno lékaře:	
Jméno:			
Základní diagnóza:		Adresa:	
Ostatní diagnózy:		Tel.:	
Kontakt na pacienta:		Razítko a podpis:	
Pohlaví:	☐ muž ☐ žena	**Informovaný souhlas s vyšetřením (NUTNO VYPLNIT):**	
Datum odběru:		☐ je přiložen k této žádance	
		☐ byl zaslán již dříve (jedná se o opakované vyšetření)	
		☐ je uložen v dokumentaci pacienta (pacienti FN Brno)	

Materiál:

☐ periferní krev (EDTA)
☐ kostní dřeň (EDTA)
☐ mozkomíšní mok (sterilní zkumavka)
☐ bukální stěr
☐ vzorek tkáně - nativní
☐ vzorek tkáně - FFPE
☐ jiný ……

Doplňující informace:

Naléhavost vyšetření: ☐ statim ☐ do 2 dnů ☐ do týdne ☐ dle dohody

Požadované vyšetření:

☐ BCR-ABL1 (CML, ALL)
☐ BCR-ABL1 – kvantitativně (CML, ALL)
☐ BCR-ABL1 – mutace (CML, ALL)
☐ AMLplex (AML)
☐ Přestavby KMT2A (MLL) (AML, ALL)
☐ Přestavby KMT2A (MLL) – kvantitativně (AML, ALL)
☐ RUNX1-RUNX1T1 (AML1-ETO) – kvantitativně (AML)
☐ CBFB-MYH11 – kvantitativně (AML)
☐ AML NGS panel (AML)
☐ NPM1 – mutace (AML)
☐ NPM1 – kvantitativně (AML)
☐ FLT3-ITD/ FLT3-TKD (AML)
☐ IDH1/IDH2 – mutace (AML)
☐ PML-RARA (APL)
☐ PML-RARA – kvantitativně (APL)
☐ BCR-JAK2 (EO)
☐ BCR-JAK2 – kvantitativně (EO)
☐ FIP1L1-PDGFRA (HES)
☐ JAK2 – mutace V617F (MPN)
☐ JAK2 – kvantitativně V617F (MPN)
☐ JAK2 – mutace, exon 12 (MPN)
☐ CALR – mutace, exon 9 (MPN)
☐ CALR – kvantitativně (MPN)
☐ MPL – mutace, exon 10 (MPN)
☐ ASXL1 – mutace, exon 12 (MPN)
☐ EWS-FLI1 (EWS/PNET)
☐ EWS-ERG (EWS/PNET)
☐ EWS-WT1 (DSRCT)
☐ PAX3-FKHR (ARMS)
☐ PAX7-FKHR (ARMS)
☐ NPM1-ALK (ALCL)
☐ KIAA1549-BRAF (PA)
☐ BRAF – mutace (HCL, HI, PA)
☐ ALK – mutace (NB)
☐ CTNNB1 – mutace (MB)
☐ TPMT – mutace
☐ DPD – mutace
☐ Jiné ……

Vyšetření chimérismu:
☐ před transplantací
☐ po transplantaci

Pro potřeby laboratoře (vyplňuje laboratoř):

Datum a čas příjmu vzorku:	Výsledek vyšetření:
Číslo vzorku v LIS:	
Převzal (kdo a kdy):	
Další informace:	