Sekce cytogenomiky
Pracovní skupina nádorové cytogenomiky
Centrum molekulární biologie a genetiky
Interní hematologická a onkologická klinika, FN Brno
Černopolní 212/9, 613 00 Brno, Tel.: 532 23 - 4232/ 4714/ 4119/ 4541

ŽÁDANKA NA CYTOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ

Pacient:	Kód pojišťovny:				**Žadatel:**	Odbornost:			
Číslo pojištěnce:					IČP:				
Příjmení:					Jméno lékaře:				
Jméno:									
Základní diagnóza:					Adresa:				
Ostatní diagnózy:					Tel.:				
Pohlaví:	☐ muž ☐ žena ☐ neuvedeno				Razítko a podpis:				

Datum a čas odběru:	**Materiál:**	
	☐ periferní krev (heparin)	☐ nativní tkáň
	☐ kostní dřeň (heparin)	☐ otisk
		☐ jiný ……

Požadovaná vyšetření:

☐ cytogenetické vyšetření karyotypu

☐ molekulárně cytogenetické vyšetření FISH ……

☐ molekulárně cytogenetické vyšetření mFISH/ mBAND

☐ array CGH (odběr do EDTA)*

* Pokud vzorek zasíláte k jinému molekulárně genetickému vyšetření na CMBG, odběr neduplikujte.

Doplnění vyšetření metodou FISH může indikovat vedoucí laboratoře nebo jeho pověřený zástupce na základě diagnózy, výsledku klasické cytogenetické analýzy nebo po předchozí domluvě.

Pro potřeby laboratoře (vyplňuje laboratoř):		**Další informace (diagnóza, terapie):**
Datum a čas příjmu vzorku:		
Přijal:		
Zpracoval (kdo a kdy):		
Číslo pacienta:		

Informovaný souhlas uložen v dokumentaci pacienta.

Dokument je duševním majetkem FN Brno. Jeho rozmnožování a šíření informací v něm obsažených mimo FN Brno je zakázáno.