



Krajská zdravotní, a.s.

- Masarykova nemocnice
v Ústí nad Labem, o.z.



Tel: 477 113 454 (477 113 432)

Klinické laboratoře Transfuzního oddělení – DNA laboratoř

ŽÁDANKA O MOLEKULÁRNĚ-GENETICKÉ VYŠETŘENÍ

Číslo žádanky / číslo příjmu:

IČP:

Datum a čas odběru vzorku:

Odbornost:

**Datum a čas přijetí vzorku:
Přijal:**

Pacient:

Č. pojištěnce / cizinci - datum narození:

Diagnóza:

Pojišťovna:

Poznámka:

Žádáme o vyšetření (prosíme, zaškrtněte, oč žádáte):

Hereditární trombofilie: ☐ faktor V-Leiden ☐ faktor II MTHFR ☐ C677T ☐ A1298C

☐ Hereditární hemochromatóza (gen HFE) ☐ HLA-B27 ☐ ApoB-100 / ApoE

☐ Celiakální sprue (alely HLA II. třídy) ☐ JAK2 kináza (6 ml do EDTA) ☐ *RHD* plodu

☐ jiné vyšetření:

Podpis a razítko lékaře:

Informovaný souhlas s molekulárně-genetickým vyšetřením

Já, (celé jméno, RČ)

Souhlasím s odběrem

☐ krve

☐ tkáně

☐ bukalní sliznice

☐ jiné.....

pro izolaci DNA / RNA na molekulárně-genetické vyšetření

pro podezření na onemocnění:

Jsem si vědom(a), že výsledek vyšetření může znamenat průkaz nebo svědčit pro významné zvýšení nebo popř. snížení pravděpodobnosti výskytu výše uvedené choroby, ale může být i neinformativní. Neinformativní výsledek znamená, že přes veškerá dostupná molekulárně-genetická vyšetření nelze upřesnit výši rizika.

Pokud to bude možné, bude můj vzorek (vzorky) skladován nejméně 5 let pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším vyšetřením poučen a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s aktuálním informovaným souhlasem.

☐

Můj vzorek (vzorky) bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

☐

Souhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

ANO

NE

Přeji sdělení výsledků svého vyšetření

ANO

NE

Podpis

Datum