

ŽIADANKA NA RUTINNÉ GENETICKÉ VYŠTRENIE.

VYŠETROVANÁ OSOBA

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Bydlisko:

Muž Žena Zdravotná poisťovňa

Diagnóza slovom:

MKCH: Dátum a čas odberu:

Vyšetrovací materiál:

Dátum a čas prijmu:

INDIKUJÚCI LEKÁR

Lekár (Meno a priezvisko):

Podpis a pečiatka lekára:

Adresa pracoviska:

VYŠTRENIE CHIMÉRIZMU

Dátum TKB:

Požiadavka na vyšetrenie: neseparované leukocyty

Darca:

granulocyty

Vstupné vyšetrenie chimérizmu

mononukleárne bunky

Kontrolné vyšetrenie chimérizmu

iné subpopulácie

Požiadavka na urgentné vyšetrenie ÁNO NIE

TROMBOFILNÉ MUTÁCIE

Faktor V Leiden (c.1691G>A)

MTHFR c.677C>T

Iné

Faktor II Protrombín (c.20210G>A)

MTHFR c.1298A>C

.....

DEDIČNÉ OCHORENIA

Gilbertov syndróm <input type="checkbox"/> UGT1A1 (promótor A(TA) _n TAA, enhancer c.-3279T>G)	Autozómovo-dominantná polycystická choroba obličiek <input type="checkbox"/> PKD1, PKD2	Digeorgeov syndróm <input type="checkbox"/> 22q11.2 MLPA
Hemochromatóza <input type="checkbox"/> Základné vyšetrenie (mutácie C282Y, H63D, S65C) <input type="checkbox"/> Sekvenačná analýza celého génu HFE	Neurofibromatóza a iné RASopatie <input type="checkbox"/> Panel 35 génov	Spinálna svalová atrofia (SMA) <input type="checkbox"/> SMN1, SMN2 Silver-Russelov syndróm <input type="checkbox"/> H19/IGF2, UDP chr7
Wilsonova choroba <input type="checkbox"/> Základné vyšetrenie (H1069Q) <input type="checkbox"/> 4 patogénne varianty (3402delC, W779X, R778G, 1340del) <input type="checkbox"/> Sekvenačná analýza celého génu ATP7B	Cystická fibróza <input type="checkbox"/> CFTR F508del <input type="checkbox"/> 68 patogénnych variantov <input type="checkbox"/> Sekvenačná analýza celého génu CFTR	Prader-Willi/Angelman <input type="checkbox"/> MS-MLPA PWS/AS Fragilný X <input type="checkbox"/> FMR1
Hereditárna pankreatitída <input type="checkbox"/> SPINK1, PRSS1	Deficit Alfa-1-Antitrypsínu <input type="checkbox"/> SERPINA1	

IZOLÁCIA A ARCHIVÁCIA

DNA

RNA

KLINICKÉ INFORMÁCIE K VYŠTRENIU

Nevyhnutne potrebné k riadnemu a správne poskytovaniu indikovaných laboratórnych vyšetrení pacientovi (§ 80 ods. 6 písm. a) zákona č. 578/2004 Zz.)

Vyhlasenie pacienta (zákonného zástupcu)

Ja pacient (zákonný zástupca) svojim podpisom potvrdzujem, že:
 a) som bol riadne poučený o anamnéze, odbere biologického materiálu na diagnostické účely, bola mi vysvetlená podstata, spôsob a účel genetického vyšetrenia, dôverynosť výsledkov a poučeniu som porozumel
 b) Súhlasím aby výsledky genetických vyšetrení vrátane zodpovedajúcich informácií o mojom zdravotnom stave zistené v súvislosti s genetickým vyšetrením mohli byť bez udania mena a ďalších identifikačných údajov použité pre diskusiu a dokumentáciu v odborných vedeckých kruhoch a časopisoch.

DÁTUM:

PODPIS:

Vyhlasenie lekára:

Vyšetrovanie je určené na úhradu z verejného zdravotného poistenia a indikované podľa kritérií na indikovanie laboratórnych výkonov v odbore Lekárska genetika zverejňovaných ku dňu indikovania na webovej stránke príslušnej zdravotnej poisťovne. Od výsledku očakávam:
 potvrdenie pracovnej diagnózy vylúčenie pracovnej diagnózy
 Výsledok genetického vyšetrenia:
 ovplyvní manažment pacienta neovplyvní manažment pacienta
 Farmakoterapia Biologická liečba Dietetické opatrenia
 Operácia Dispenzarizácia Prevencia ochorenia

DÁTUM:

PODPIS: