



ŽIADANKA NA RUTINNÉ GENETICKÉ VYŠETRENIE

VYŠETROVANÁ OSOBA

Meno a priezvisko: Rodné číslo / ČP: /

Bydlisko: Muž: Žena: Zdravotná poisťovňa:

Diagnóza slovom: MKCH: Dátum a čas odberu: / /

Vyšetrovací materiál: Dátum a čas prijmu:

INDIKUJÚCI LEKÁR

Lekár: Podpis a pečiatka lekára:
Adresa pracoviska:

VYŠETRENIE CHIMÉRIZMU

Dátum TKB: Požiadavka na vyšetrenie: neseparovné leukocyty
Darca: granulyocyty
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 (mimo rozsah akreditácie):
 Faktor II Protrombín (c.20210G>A) MTHFR c.1298A>C

DEDIČNÉ OCHORENIA

Gilbertov syndróm <input type="checkbox"/> UGT1A1 (promótor A(TA) _n TAA)	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"/> Sekvenčná analýza celého génu HFE	Neurofibromatóza a iné RASopatie <input type="checkbox"/> Panel 35 génov	Spinálna svalová atrofia (SMA) <input type="checkbox"/> SMN1, SMN2
Wilsonova choroba <input type="checkbox"/> Základné vyšetrenie (H1069Q) <input type="checkbox"/> 4 patogénne varianty (3402delC, W779X, R778G, 1340del) <input type="checkbox"/> Sekvenčná analýza génu ATP7B	Cystická fibróza <input type="checkbox"/> CFTR F508del <input type="checkbox"/> 68 patogénnych variantov <input type="checkbox"/> Sekvenčná analýza celého génu CFTR	Silver-Russelov syndróm <input type="checkbox"/> H19/IGF2, UDP chr7
Hereditárna pankreatitída <input type="checkbox"/> SPINK1, PRSS1	Deficit Alfa-1-Antitrypsínu <input type="checkbox"/> SERPINA1	Prader-Willi/ Angelman <input type="checkbox"/> MS-MLPA PWS/AS
		FragilnýX <input type="checkbox"/> FMR1

IZOLÁCIA A ARCHIVÁCIA DNA RNA

KLINICKÉ INFORMÁCIE K VYŠETRENIU

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

Vyhlasenie pacienta (zákonného zástupcu)	Vyhlasenie lekára:
Ja pacient (zákonný zástupca svojim podpisom potvrdzujem, že: a) som bol riadne poučený a anamnéze, odbere biologického materiálu na diagnostické účely, bola mi vysvetlená podstata, spôsob a účel genetického vyšetrenia, dôverynosť výsledkov a poučení 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: <input type="text"/> PODPIS: <input type="text"/>	Vyšetrovanie je určené na úhradu z verejného zdravotného poistenia a indikované podľa kritérií na indikovanie laboratórných výkonov v odbore Lekárska genetika zverejňovaných ku dňu indikovania na webovej stránke príslušnej zdravotnej poisťovne. Od výsledku očakávam: <input type="checkbox"/> potvrdenie pracovnej diagnózy <input type="checkbox"/> vylúčenie pracovnej diagnózy Výsledok genetického vyšetrenia: <input type="checkbox"/> ovplyvní manažment pacienta <input type="checkbox"/> neovplyvní manažment pacienta <input type="checkbox"/> Farmakoterapia <input type="checkbox"/> Biologická liečba <input type="checkbox"/> Dietetické opatrenia <input type="checkbox"/> Operácia <input type="checkbox"/> Dispenzarizácia <input type="checkbox"/> Prevencia ochorenia DÁTUM: <input type="text"/> PODPIS: <input type="text"/>