

**Oddelenie lekárskej genetiky**  
**Žiadanka na molekulárno-genetické laboratórne vyšetrenia**

<b>Priezvisko</b>	<b>Meno a titul</b>	<b>Interný kód laboratória</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<b>Bydlisko</b>	<b>Rodné číslo</b>	<b>Dátum a čas prijmu do laboratória</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<b>Kód poisťovne</b>	<b>Dátum a čas odberu</b>	<b>Kód hospitalizačného prípadu</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<b>EU poistenec – ID / štát</b>	<b>Adresa odosielajúceho pracoviska, tel.č.</b>	<b>Pečiatka a podpis lekára</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<b>Kód odosielajúceho lekára</b>		
<input style="width:95%;" type="text"/>		

**Kód diagnóz (MKCH 10)**

**Zdôvodnenie vyšetrenia indikujúcim lekárom (povinný údaj)**

**Biologický materiál**

Molekulárno-genetické vyšetrenia - 1 - 5 ml plnej venóznej krvi odobratej do samostatnej skúmavky s EDTA (ako na krvný obraz). Doručiť do laboratória v deň odberu, najneskôr do 72 hodín od odberu (skladovať pri 4 °C).

<b>Periférna krv – EDTA</b>	<b>plodová voda</b>	<b>tkanivo – fyziologický roztok</b>	<b>tkanivo nasucho</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>

<p><b>Trombofilné mutácie</b></p> <p><input type="checkbox"/> FV Leiden (1691G&gt;A)</p> <p><input type="checkbox"/> Protrombín/Faktor II (G20210A)</p> <p><input type="checkbox"/> MTHFR ( 677C&gt;T)</p> <p><input type="checkbox"/> MTHFR (1298A&gt;C)</p> <p><input type="checkbox"/> PAI-1</p> <p><b>Farmakogenetika Warfarínu</b></p> <p><input type="checkbox"/> VKORC1 (1639G&gt;A), CYP2C9*2 (430C&gt;T,</p> <p><input type="checkbox"/> CYP2C9*3 (1075A&gt;)</p> <p><b>Jak2 - Janusová tyrozin kináza 2</b></p> <p><input type="checkbox"/> V617F</p>	<p><b>Hemochromatóza, hereditárny typ</b></p> <p><input type="checkbox"/> HFE (C282Y, H63D, S65C)</p> <p><b>Wilsonova choroba</b></p> <p><input type="checkbox"/> ATP7B (H1069Q,3402delC)</p> <p><b>Deficit alfa-1-antitrypsínu</b></p> <p><input type="checkbox"/> SERPINA 1 (A1AT- alela Z a S)</p> <hr/> <p><b>HLA – B27</b></p> <p><input type="checkbox"/> B*27</p> <hr/> <p><b>AZF mikrodélacie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Y špecifické sekvencie AZF oblastí</p> <p><b>Prenatálna diagnostika</b></p> <p>Aneuploídie chromozómov</p> <p><input type="checkbox"/> 21, 18, 13, X a Y</p>	<p><b>Celiakia (celiakálna sprue)</b></p> <p><input type="checkbox"/> HLA typizácia DQ2/DQ8</p> <p><b>Laktózová intorlerancia, adultný typ</b></p> <p><input type="checkbox"/> LCT C1390T/G22018A</p> <p><b>Gilbertov syndróm</b></p> <p><input type="checkbox"/> UGT1A1 (TATA box)</p> <p><input type="checkbox"/> Enhancer T327G</p> <hr/> <p><b>Iný typ vyšetrenia/poznámka:</b></p>
---	--	---

**Informovaný súhlas pacienta**

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) lekárom zrozumiteľne informovaný (á) o svojom zdravotnom stave/o zdravotnom stave mnou zastupovanej osoby, o dôvode, pre ktorý sa navrhuje genetické vyšetrenie, ďalej o účele, spôsobe a možnostiach ďalšej zdravotnej starostlivosti, ktorú by mi bolo možné poskytnúť v nadväznosti na výsledok genetického vyšetrenia, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Na základe tohto poučenia prehlasujem, že súhlasím s prevedením uvedeného genetického testu. Výsledky testu budú dôverné a nebudú bez môjho súhlasu poskytnuté tretej strane, pokiaľ platné právne predpisy neurčia inak.

**Dátum**

.....  
podpis pacienta/zákonného zástupcu