

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989  
**Laboratoř molekulární diagnostiky a cytogenetiky**  
[genetika.laborator@bnzlin.cz](mailto:genetika.laborator@bnzlin.cz), tel.: 577 553 171  
 Zdravotnická laboratoř č. 8315 akreditovaná ČIA dle ČSN EN 15189:2013

### ŽÁDANKA NA CYTOGENETICKÉ A FISH VYŠETŘENÍ

Vyšetřovaná osoba/pacient:  muž  žena 

|        |  |
|--------|--|
| STATIM |  |
|--------|--|

|                  |  |            |  |
|------------------|--|------------|--|
| Jméno a příjmení |  | Pojišťovna |  |
| Číslo pojištěnce |  | Diagnóza   |  |
| Adresa           |  |            |  |

Odesílající lékař/žadatel:

|                  |  |                                |
|------------------|--|--------------------------------|
| Jméno lékaře     |  | Razítko a podpis (adresa, IČP) |
| Odbornost        |  |                                |
| Žadanku vystavil |  |                                |
| Odběr provedl    |  |                                |

Biologický materiál – primární vzorek

venózní krev (3 ml do Li-Heparinu) **Vzorky transportovat v den odběru v chladu, nemrazit!**

Datum a čas odběru:

#### Požadované vyšetření

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Informovaný souhlas pacienta</b> (kopii dodat se žádankou na genetické laboratorní vyšetření)<br>Žádáme o:<br><input type="checkbox"/> vrozené chromozomové aberace - karyotyp<br><input type="checkbox"/> Fluorescenční <i>in situ</i> hybridizace (FISH): ..... |
|---|

#### Klinické informace

|                 |  |
|-----------------|--|
| Susp. diagnóza  |  |
| Důvod vyšetření |  |