

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989
Laboratoř molekulární diagnostiky a cytogenetiky
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

Informovaný souhlas pacienta (kopii dodat se žádankou na genetické laboratorní vyšetření)

Žádáme o:

vrozené chromozomové aberace - karyotyp

Fluorescenční *in situ* hybridizace (FISH):

Klinické informace

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