

Laboratoř molekulární diagnostiky a cytogenetiky

genetika.laborator@bnzlin.cz, tel.: 577 553 171

Zdravotnická laboratoř č. 8315 akreditovaná ČIA dle ČSN EN ISO 15189 ed. 3:2023

ŽÁDANKA NA CYTOGENETICKÉ A FISH VYŠETŘENÍ

Vyšetřovaná osoba/pacient:

☐ muž

☐ žena

Jméno a příjmení	
Číslo pojištění	
Adresa	
Kód pojišťovny	
Diagnóza	
Datum a čas odběru	
STATIM	

Odesílající lékař/žadatel	
Jméno lékaře	
Odbornost	
Žadanku vystavil	
Odběr provedl	
Razítko a podpis (adresa, IČP)	

Biologický materiál – primární vzorek

- ☐ venózní krev (3 ml do **Li-Heparinu**)
☐ kostní dřeň (2-3 ml do **Li-Heparinu**)

Vzorky transportovat v den odběru v chladu, nemrazit!

Požadované vyšetření

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

Žádáme o:

- ☐ Vrozené chromozomové aberace – stanovení karyotypu z lymfocytů periferní krve
☐ Získané chromozomové aberace – stanovení karyotypu z nádorových buněk kostní dřeně
☐ Fluorescenční *in situ* hybridizace (FISH):

FISH vyšetření (hematologické malignity):

- ☐ -5/del(5q31) – MDS, AML
☐ -7/del(7q31) – MDS, AML
☐ TP53 – ALL, AML, CLL, Lymfomy, MDS, MM
☐ 20q11 – MDS, MPN, AML
☐ 13q14.3 – CLL, MM

Jiné:

- ☐ X/Y ☐ 13/18/21

Klinické informace

WBC×10⁹/L	%blastů
Diagnóza:	☐ suspektní ☐ známá
☐ CML	☐ MPD ☐ AML ☐ ALL ☐ Lymfoproliferace ☐ CLL
☐ NHL	☐ MGUS/MM ☐ MDS ☐ Jiná

Důvod vyšetření	
------------------------	--