

**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 K MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉMU VYŠETŘENÍ**

										STATIM					
<b>Pacient:</b>			Kód pojišťovny:							<b>Žadatel:</b>		Odbornost:			
Číslo pojištěnce:							IČP:								
Příjmení:							Jméno lékaře:								
Jméno:							Adresa:								
Datum narození:															
Základní diagnóza:															
Ostatní diagnózy:															
Kontakt na pacienta:							Tel.:								
Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena							Razítko, podpis:								
Datum a čas odběru:							Datum odeslání:								
<b>Odeslaný materiál:</b>															
<input type="checkbox"/> periferní krev (odběr do EDTA) <input type="checkbox"/> izolovaná DNA <input type="checkbox"/> jiný .....															

**• Vždy nutno dodat informovaný souhlas pacienta s vyšetřením!**

<p><b>TROMBOFILNÍ MUTACE</b></p> <input type="checkbox"/> Mutační status genu pro Faktor II (Prothrombin) <input type="checkbox"/> Mutační status genu pro Faktor V (Leiden)	<p><b>METABOLISMUS</b></p> <input type="checkbox"/> Mutační status genu TPMT <input type="checkbox"/> Hemochromatóza (gen HFE) * <input type="checkbox"/> Celiakální sprue *
<p><b>HEMATO-ONKOLOGIE</b></p> <input type="checkbox"/> Přítomnost fúzního genu BCR/ABL <input type="checkbox"/> Mutační status Janusovy kinázy 2 (JAK2) <input type="checkbox"/> Mutační status genu DPYD *	
<p><b>JINÁ VYŠETŘENÍ a GENOVÁ BANKA</b></p> <input type="checkbox"/> Izolace DNA a uchování v genové bance (nutno poslat 5–10 ml periferní krve) <input type="checkbox"/> Izolace DNA a další vyšetření: .....	

\* neakreditovaná vyšetření