

## Žádanka pro molekulárně genetické vyšetření

Laboratoř Molekulární Diagnostiky; OKBHI; Nemocnice Na Homolce; Roentgenova 37/2; Praha 5, 15030, tel.: 257273141; 257273137

Jméno a příjmení pacienta:		Číslo pojistěnce: /pohlaví	
Adresa, PSČ:		Pojišťovna:	
Dg.č.:	Datum a čas náběru:	Provedl/a:	

náběr do EDTA zkumavky - krevní obraz  Biologický materiál (jiný než EDTA) .....

POTVRZUJI, ŽE PACIENTEM JE PODEPSÁN INFORMOVANÝ SOUHLAS (IS) S GENETICKÝM VYŠETŘENÍM  
(V případě nezískání IS od pacienta není možné vyšetření požadovat. IS je nutné uchovávat v rámci dokumentace pacienta.)

PACIENT POŽADUJE SKARTACI SVÉHO GENETICKÉHO MATERIÁLU PO UKONČENÍ VYŠETŘENÍ   
(pokud pacient skartaci nepožaduje, bude jeho genetický materiál uchovávan po dobu stanovenou laboratoří)

Berte prosím na vědomí, že vyšetření v první tabulce se vážou striktně k uvedeným diagnózám, danému rozsahu a s omezením odborností.  
V případě jiného, nebo rozšířeného požadavku využijte další nabídky.

Frekventní vyšetření jednoznačně identifikovaná MKN, OMIM/ORPHA	Dg (MKN/ORPHA)	Rozsah vyšetření	Náběr
FV Leiden	<input type="checkbox"/> D 68.x, I 74.x, O 15.x, O 02.0, O 02.1, O 45.x, O 03.x, P 05.x, N 96, N 97	R506Q	2-5ml krve s EDTA
Prothrombin	<input type="checkbox"/> D 68.x, I 74.x, O 15.x, O 02.0, O 02.1, O 45.x, O 03.x, P 05.x, N 96, N 97	A2021G	2-5ml krve s EDTA
CYP2C19 (Clopidogrel; PPI)	<input type="checkbox"/> E88.8	19154G>A, 17948G>A, -806C>T	2-5ml krve s EDTA
CYP2C9	<input type="checkbox"/> E88.8	416C>T, 1061A>C	2-5ml krve s EDTA
TPMT	<input type="checkbox"/> E88.8	238G>C, 460G>A, 719 A>G	2-5ml krve s EDTA
ApoE	<input type="checkbox"/> E78.9	E2, E3, E4	2-5ml krve s EDTA
ApoB100	<input type="checkbox"/> E78.9	R3500Q, R3531C	2-5ml krve s EDTA
HCH	<input type="checkbox"/> E83.1	H63D, S65C, C282Y	2-5ml krve s EDTA
HLA - Celiakie	<input type="checkbox"/> K90.0	haplotyp DQ2.5cis, DQ2.5trans, DQ8.1	2-5ml krve s EDTA
Laktósová intolerance	<input type="checkbox"/> E73.x	(-13910)C>T, (-22018)G>A	2-5ml krve s EDTA
PAI 4G/5G	<input type="checkbox"/> D68.9	(-675)4G/5G	2-5ml krve s EDTA

Farmakogenetika	Popis	Náběr
Warfarin *	<input type="checkbox"/> CYP2C9;VKORC1 – stanovení denní dávky	2-5ml krve s EDTA
Dabigatran/Pradaxa	<input type="checkbox"/> CES1 (rs2244613); ABCB1 (rs4148738)	2-5ml krve s EDTA
MxA**	<input type="checkbox"/> β-Interferon - léčba RS	TEMPUS zk.**
Clopidogrel/PPI	<input type="checkbox"/> CYP2C19	2-5ml krve s EDTA
Siponimod	<input type="checkbox"/> CYP2C9 - stanovení denní dávky	2-5ml krve s EDTA
CYP3A4	<input type="checkbox"/> Apixaban/rivaroxaban	2-5ml krve s EDTA

Neurologie	Popis	Náběr
TOMM40	<input type="checkbox"/> polyT polymorfismus	2-5ml krve s EDTA
BDNF	<input type="checkbox"/> rs6265	2-5ml krve s EDTA
KIBRA	<input type="checkbox"/> rs17070145	2-5ml krve s EDTA
KLOTHO	<input type="checkbox"/> rs9536314, rs9527025	2-5ml krve s EDTA
ApoE	<input type="checkbox"/> E2, E3, E4	2-5ml krve s EDTA

Jiné	Popis	Náběr
Gilbertův sy.	<input type="checkbox"/> UGT1A1*28	2-5ml krve s EDTA
MTHFR	<input type="checkbox"/> C677T, A1298C	2-5ml krve s EDTA
BAR2	<input type="checkbox"/> Gln27Glu, Arg16Gly	2-5ml krve s EDTA
JAK 2	<input type="checkbox"/> V617F	2-5ml krve s EDTA
Histaminová intolerance	<input type="checkbox"/> rs2052129, rs2268999, rs10156191, rs1049742	2-5ml krve s EDTA

\* Data nutná k vypočtení dávky warfarinu:

Váha: _____ kg	Výška: _____ cm
Cílové INR: 2,0 <input type="checkbox"/> 2,5 <input type="checkbox"/> 3,0 <input type="checkbox"/> 3,5 <input type="checkbox"/>	Užívá pacient amidaron: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	Užívá pacient statin: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

\*\* RNA exprese: Alternativně náběr do EDTA - uchovávat na 4°C ana této teplotě taky transportovat do 24 hod.

e-mail indikujícího lékaře:

Mikrobiologie/Virologie	Popis	Náběr
Univerzální průkaz DNA bakterií	<input type="checkbox"/> 16S rDNA	biol.materiál
Borrelia B. sensu lato	<input type="checkbox"/> 16S rDNA	biol.materiál
Bordetella per/paraper.	<input type="checkbox"/> IS1002; IS1001	biol.materiál
Legionella pneumophila	<input type="checkbox"/> 16S rDNA	biol.materiál
Mycoplasma pneumoniae	<input type="checkbox"/> Adhesin PO1	biol.materiál
Chlamydia pneu.	<input type="checkbox"/> DUF575	biol.materiál
HSV1/2	<input type="checkbox"/> UL 27	biol.materiál
CMV	<input type="checkbox"/> exon 4 IE antigen	biol.materiál
EBV	<input type="checkbox"/> EBNA1	biol.materiál
VZV	<input type="checkbox"/> UL27	biol.materiál
COVID-19	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2; 2 targety	výtěr
FLU A/B + RSV	<input type="checkbox"/> FluA; FluB; RSV	biol.materiál
Respirační multiplex Chip	<input type="checkbox"/> 22 hlavních resp.viróz + M.pneu. + SARS-CoV-2	biol.materiál
Multi-Drug-Resistance Chip <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 56 genetických cílů	biol.materiál
STD <sup>1</sup> (CT,NG,MG,MH,UH,UU,UP,TV,TP)	<input type="checkbox"/> Pohlavně př. choroby	biol.materiál
UNB <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 16S rDNA detekce	biol.materiál

<sup>1</sup>Další cílené PCR na nevyjmenované infekční agens po tel. dohodě s laboratoří

Poznámky/jiné požadavky:

Indikující lékař (razítko, podpis, datum):

**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S ODEBRÁNÍM, SKLADOVÁNÍM A VYUŽITÍM  
 BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU PRO MOLEKULÁRNĚ GENETICKOU DIAGNOSTIKU, STANOVENÍ  
 MEZILABORATORNÍ KVALITY A VÝZKUMU**

<b>Zákonný zástupce</b>		<b>Svěddek</b> (v případě lékaře razítko a podpis)
<b>Jméno a Příjmení:</b>		
<b>Rodné číslo:</b>		
<b>Vztah k pacientovi:</b>		

**1) Já(jméno a příjmení) ..... souhlasím, aby mi bylo odebráno 2-10 ml krve (nebo jiného biologického materiálu v množství a druhu podle povahy a potřeb vyšetření) na molekulárně genetické vyšetření:**

.....

**2) Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o účelu diagnostiky, který bude prováděn s biologickým materiálem odebraným s tímto souhlasem.**

**3) Měl/a jsem možnost položit jakýkoliv dotaz ohledně diagnostiky a potvrzuji, že všechny mé dotazy byly zodpovězeny.**

**4) Jsem si vědom/a toho, že můj biologický materiál nebude po vyšetření ihned zničen, pokud o to výslovně nepožádám (dobu uchování určuje laboratoř dle svých potřeb).**

**5) Zde potvrzuji svůj výslovný a dobrovolný souhlas s anonymním využitím mého biologického materiálu pro tyto možné účely\*:**

**A) pro použití jako DNA kontrolní vzorek    B) pro stanovení mezilaboratorní kvality    C) pro vývoj a výzkum v medicínské oblasti**

**6) Akceptuji to, že mi budou sděleny výsledky genetické diagnostiky prostřednictvím indikujícího lékaře.**

**DATUM A MÍSTO .....** **PODPIS:.....**

\*nehodící se škrtněte, u nezletilých vyplní tento formulář jejich rodiče nebo zákonný zástupce

**Tímto požaduji neodkladnou likvidaci mého genetického materiálu po ukončení indikovaného vyšetření:**

**ANO**  
*(nevyplnění bude bráno jako souhlas s výše uvedeným ujednáním)*

**Nepřeji si být o výsledcích molekulárně genetického vyšetření informován/a:**

**ANO**  
*(nevyplnění bude bráno jako souhlas s výše uvedeným ujednáním)*

**DATUM A MÍSTO .....** **PODPIS:.....**

**LÉKAŘ: Potvrzuji, že jsem výše podepsanou osobu informoval o cílech a podmínkách vyšetření a výsledky tohoto molekulárně genetického testu nebudou sděleny třetí straně bez souhlasu vyšetřeného.**

Tel: Email:	Razítko; podpis lékaře; datum
----------------	-------------------------------

**DATUM A MÍSTO .....**

Jiné požadavky a informace: