



Žádanka pro molekulárně genetické vyšetření a informovaný souhlas

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

Jméno a příjmení pacienta:		Číslo pojištěnce: _____ /pohlaví	
Adresa, PSČ:		Pojišťovna: [] [] []	
Dg.č.:	Datum a čas náběru:		
náběr do EDTAzkumavky - krevní obraz <input type="checkbox"/>		Náběr provedl/a:	
Biologický materiál(jiný než EDTA krev):.....			

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

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

Trombofilní mutace:	Popis	
FV Leiden <input type="checkbox"/>	R506Q	2-5ml krve s EDTA
Prothrombin <input type="checkbox"/>	A2021G	2-5ml krve s EDTA
MTHFR <input type="checkbox"/>	C677T, A1298C	2-5ml krve s EDTA

Farmakogenetika		
Warfarin * <input type="checkbox"/>	CYP2C9;VKORC1 - stanovení průměrné denní dávky	2-5ml krve s EDTA
Dabigatran/Pradaxa <input type="checkbox"/>	CES1 (rs2244613)	2-5ml krve s EDTA
Clopidogrel /PPI <input type="checkbox"/>	CYP2C19 polymorfismy	2-5ml krve s EDTA
TPMT <input type="checkbox"/>	Azathioprin - hepatotoxicita	2-5ml krve s EDTA
MxA** <input type="checkbox"/>	β-Interferon - léčba RS	TEMPUS zkumavka**

Mikrobiologie/Virologie		
Universální průkaz DNA bakterií <input type="checkbox"/>	16S rDNA	biol.materiál
Borrelia B. <input type="checkbox"/>	16S rDNA	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

Neurologie	Popis	
ApoE <input type="checkbox"/>	E2, E3, E4	2-5ml krve s EDTA
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

Jiné		
PAI 4G/5G <input type="checkbox"/>	Polymorfismus 4G/5G	2-5ml krve s EDTA
ApoB100 <input type="checkbox"/>	R3500W, R500Q, R3531C	2-5ml krve s EDTA
HCH <input type="checkbox"/>	Hemochromatosa H63D,C282Y,S65C	2-5ml krve s EDTA
Gilbertův sy. <input type="checkbox"/>	UGT1A1*28	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
HLA - Celiakie <input type="checkbox"/>	HLA typizace	2-5ml krve s EDTA
Histaminová intolerance <input type="checkbox"/>	rs2052129,rs2268999,rs10156191,rs1049742	2-5ml krve s EDTA
Laktósová intolerance <input type="checkbox"/>	LCT gen: 13910 T>C, 22018 A>G	2-5ml krve s EDTA
IDH 1/2 <input type="checkbox"/>	R132 ; R172	FFPE
Del 1p/19q <input type="checkbox"/>	Delece 1p36 a 19q13	FFPE
Methylace MGMT <input type="checkbox"/>		FFPE

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

* 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"/> (relevance výpočtu závisí na relevantnosti Vámi zadaných údajů)	Užívá pacient amiodaron: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Užívá pacient statin: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Kouří více než 10 denně: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Indikující lékař (razítko (odbornost), podpis, datum):

e-mail indikujícího lékaře:
(jenom u farmakogenetického vyšetření)

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

Zákonný zástupce Jméno a Příjmení: Rodné číslo: Vztah k pacientovi:		Svědek (v případě lékaře razítko a podpis)

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 poučena 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: