

**PACIENT** (unifikovaný štítek)

ID - číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):
Jméno a příjmení:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Adresa:	

\* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

<b>STATIM *</b>		
<b>VITALNÍ INDIKACE *</b>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
Diagnóza	Diagnóza II.	Diagnóza III.

**ŽADATEL**

Razítko pracoviště:  
(adresa, IČP, odbornost)

Razítko, IČL a podpis indikujícího  
lékaře, datum vystavení žádanky:

Telefon žadatele:

Datum a čas odběru \*\* Datum a čas příjmu

\*\* uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum  
vystavení žádanky)

Odebírající lékař /sestra  
(jmenovka+podpis):

**MATERIÁL K VYŠETŘENÍ (biologický materiál - BM) – označte**

venózní krev s heparinem  jiné: .....

venózní krev s EDTA

bukalní stěr

**DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ** (údaje o pacientovi, léčba, délka trvání a průběh onemocnění, předchozí vyšetření, apod.):

**POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ** - volbu označte

Informovaný souhlas pacienta:  založen ve zdravotnické dokumentaci\*

\*Pacient souhlasí s uchováním BM na Ústavu lékařské genetiky:  ANO  NE

\*Pacient souhlasí s anonymním využitím BM v lékařské vědě a výzkumu:  ANO  NE

**DNA diagnostika**

Izolace a uložení DNA

Gilbertův sy.

RhC genotyp plodu z periferní krve matky

RhD genotyp plodu z periferní krve matky

RhE genotyp plodu z periferní krve matky

KELL genotyp plodu z periferní krve matky

Mutageneza

Histaminová intolerance (AOC1)

**Přezkoumal** (jmenovka+podpis), datum: