

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

| | | |
|--------------------|--------------|---------------|
| STATIM * | | |
| VITALNÍ INDIKACE * | | |
| 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

| | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> venózní krev s heparinem | <input type="checkbox"/> jiné: |
| <input type="checkbox"/> venózní krev s EDTA | |
| <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> založen ve zdravotnické dokumentaci* |
| *Pacient souhlasí s uchováním BM na Ústavu lékařské genetiky: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| *Pacient souhlasí s anonymním využitím BM v lékařské vědě a výzkumu: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| <input type="checkbox"/> Izolace a uložení DNA |
| <input type="checkbox"/> Gilbertův sy. <input type="checkbox"/> Mutageneze |
| <input type="checkbox"/> RhC genotyp plodu z periferní krve matky |
| <input type="checkbox"/> RhD genotyp plodu z periferní krve matky |
| <input type="checkbox"/> RhE genotyp plodu z periferní krve matky |
| <input type="checkbox"/> KELL genotyp plodu z periferní krve matky |
| <input type="checkbox"/> Histaminová intolerance (AOC1) |
| <input type="checkbox"/> gen <i>CYP2C9</i> (MAYZENT) - vázáno na odbornost 101, 202, 208, 209 |
| <input type="checkbox"/> gen <i>DPYD</i> (5-floruracilová toxicita) |
| <input type="checkbox"/> gen <i>APOE</i> (stanovení alel ε2, ε3, ε4) - vázáno na odbornost 105, 209, 305 |
| <input type="checkbox"/> gen <i>APOB</i> (stanovení varianty R3500Q) - vázáno na odbornost 101, 301 |
| |
| Přezkoumal (jmenovka+podpis), datum: |