



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: <input type="text"/>	
Dg.č.:	Datum a čas náběru:		
náběr do EDTAzkumavky - krevní obraz <input type="checkbox"/>			
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 <i>TEMPUS zkumavka**</i>

Mikrobiologie/Virologie		
Universální průkaz DNA bakterií	<input type="checkbox"/>	16S rDNA <i>biol.materiál</i>
Borrelia B.	<input type="checkbox"/>	16S rDNA <i>biol.materiál</i>
HSV1/2	<input type="checkbox"/>	UL 27 <i>biol.materiál</i>
CMV	<input type="checkbox"/>	exon 4 IE antigen <i>biol.materiál</i>
EBV	<input type="checkbox"/>	EBNA1 <i>biol.materiál</i>
VZV	<input type="checkbox"/>	UL27 <i>biol.materiál</i>

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
Laktosová intolerance	<input type="checkbox"/>	LCT gen: 13910 T>C, 22018 A>G 2-5ml krve s EDTA
Fruktosová intolerance	<input type="checkbox"/>	A150P, A175D a N335K 2-5ml krve s EDTA
IDH 1/2	<input type="checkbox"/>	R132 ; R172 <i>FFPE</i>
Del 1p/19q	<input type="checkbox"/>	Delece 1p36 a 19q13 <i>FFPE</i>
Methylace MGMT	<input type="checkbox"/>	<i>FFPE</i>

** 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"/> <i>(relevance výpočtu závisí na relevantnosti Vámi zadaných údajů)</i>	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, 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		Svěděk (v případě lékaře razítko a podpis)
Jméno a Příjmení:		
Rodné číslo:		
Vztah k pacientovi:		

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 účelu diagnostiky, který bude prováděn s biologickým materiálem odebraným s tímto souhlasem.
3) Měl/a jsem možnost položit jakýkoliv dotaz ohledně diagnostiky a potvrzují, 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 potvrzují 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: Potvrzují, že jsem výše podepsanou osobu informoval o cílech a podmínkách vyšetření a výsledky tohoto molekulárně genetického testu nebudou sděleny třetí straně bez souhlasu vyšetřenému.

Tel:
Email:

Razítko; podpis lékaře; datum

DATUM A MÍSTO

Jiné požadavky a informace: