

☐ Samoplátce

☐ STATIM

☐ Výsledky osobně

Kód ZP:

IČP:

Odbornost:

Datuma čas odběru:

:

Odebral:

Příjmení:

Jméno:

Číslo pojištění:

/

Muž

☐

Žena

☐

Datum narození:

.

.

Adresa:

Dg. hlavní:

Dg. ostatní:

Terapie:

IFCOR
KLINICKÉ LABORATOŘE
www.ifcor.cz

Bauerova 491/10, 603 00 Brno
Zelená linka:
800 190 193

Razítko a podpis (žadatel)

Žádanka na molekulárně genetické vyšetření

EXTRAHUMÁNNÍ GENOM

Materiál:

☐ krev

☐ sérum

☐ plasma

☐ likvor

☐ moč

☐ stolice

☐ sputum

☐ BAL

☐ ejakulát

☐ plodová voda

☐ tkáň

☐ punktát

☐ exudát

☐ klíště

☐ stěr/výtěr

☐ jiný

VIROVÉ HEPATITIDY

☐ HBV kvantitativně (K(EDTA) 10 ml, PL, S)

☐ HCV kvantitativně (K(EDTA) 10 ml, PL, S)

☐ HEV (K(EDTA) 5 ml a více, PL, S)

SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY

☐ Chlamydia trachomatis (E, M, V, VM)

☐ Neisseria gonorrhoeae (E, M, V, VM)

☐ Mycoplasma genitalium/hominis (E, M, V, VM)

☐ Ureaplasma parvum/urealyticum (E, M, V, VM)

☐ Trichomonas vaginalis (E, M, V, VM)

☐ Treponema pallidum (E, M, V, VM)

☐ HPV vysoké riziko (14/21 genotypů) (VM)

☐ HPV 16, 18 (VM)

☐ HPV nízké riziko (genotypy 6, 11, 40, 42, 43, 44, 55, 83) (VM)

☐ HSV 1, 2 (E, M, V, VM)

☐ STD I – screening (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium/hominis, Ureaplasma parvum/urealyticum, Trichomonas vaginalis) (E, M, V, VM)

PARODONTÁLNÍ PATOGENY

☐ Vyšetření parodontálních patogenů (Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, Tannerella forsythia, Treponema denticola, Parvimonas micra, Fusobacterium nucleatum, Campylobacter rectus, Eubacterium nodatum, Eikenella corrodens, Capnocytophaga sputigena, Capnocytophaga gingivalis) (ST)

☐ Vyšetření genetického rizika vzniku parodontitidy (IL1A, IL1B, HLA-DR4)

RESPIRAČNÍ PATOGENY

☐ Bordetella pertussis, parapertussis (BAL, SP, V, VM)

☐ Chlamydia pneumoniae (BAL, SP, V, VM)

☐ Mycoplasma pneumoniae (BAL, SP, V, VM)

☐ Legionella pneumophila (BAL, SP, V, M)

☐ Streptococcus pneumoniae (BAL, SP, V, M)

☐ Haemophilus influenzae (BAL, SP, V, M)

☐ Influenza A (BAL, VM)

☐ Influenza B (BAL, VM)

☐ Mycobacterium tuberculosis komplex (BAL, EX, M, MM, P, SP, ST, SY, T)

☐ NTM (netuberkulózní mykobakterie) (BAL, SP, T)

☐ RSV (BAL, VM)

☐ SARS-CoV-2 (NFV-stěr, VM)

☐ Adenovirus (BAL, SP, V, VM)

☐ Respirační panel 1 (Influenza A virus, Influenza B virus, Human respiratory syncytial virus A, Human respiratory syncytial virus B, Flu A – H1, FluA – H1pdm09, FluA-H3) (BAL, SP, VM)

☐ Respirační panel 2 (Human adenovirus, Human parainfluenza virus 1, Human parainfluenza virus 2, Human parainfluenza virus 3, Human parainfluenza virus 4, Human enterovirus) (BAL, SP, VM)

☐ Respirační panel 3 (Human metapneumo virus, Human coronavirus 229E, Human coronavirus NL63, Human coronavirus OC43, Human rhinovirus, Human bocavirus) (BAL, SP, VM)

NEUROTROPNÍ A JINÉ VIRY

☐ Enteroviry (K(EDTA), MM, PL, S)

☐ HSV 1,2 (K(EDTA), MM, PL, S, ST, V)

☐ VZV (K(EDTA), MM, PL, S, ST)

☐ CMV (K(EDTA), PL, S)

☐ EBV (BAL, K(EDTA), MM, PL)

☐ HHV6 (K(EDTA), MM, PL)

☐ HHV7 (K(EDTA), MM, PL)

☐ Parvovirus B19 (K(EDTA), PL)

☐ Klíšťová encefalitida (K(EDTA), MM, PL, S)

☐ Virus spalniček (M, NFV)

NEUROTROPNÍ BAKTERIE

☐ Anaplasma (Ehrlichia) (K(EDTA))

☐ Borrelia (K(EDTA), MM, M, P, SY, T)

☐ Streptococcus agalactiae, Listeria monocytogenes, Escherichia coli (K(EDTA), MM)

☐ Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae (K(EDTA), MM)

☐ Bartonella/ Babesia (K(EDTA), MM)

OSTATNÍ

☐ Helicobacter pylori (SL, T)

☐ HIV-1 PCR (K(EDTA)

☐ Toxoplasma gondii (K(EDTA), MM, PV)

Jiné požadavky:

Žádanka na molekulárně genetické vyšetření

HUMÁNNÍ GENOM

Součástí této žádanky je vyplněný Informovaný souhlas vyšetřované/ho s genetickým laboratorním vyšetřením (str. 2).
Bez vyplněného Informovaného souhlasu nelze genetické laboratorní vyšetření provádět.

Materiál:

☐ periferní krev (odběr do EDTA)

☐ vyizolovaná DNA (primární materiál)

TROMBOFILNÍ FAKTORY

☐ Faktor II Prothrombin (20210G>A)

☐ Faktor V Leiden (1691G>A)

☐ Faktor XIII (Val34Leu)

☐ Gen MTHFR I (677C>T)

☐ Gen MTHFR II (1298A>C)

☐ Gen PAI-1 (5G>4G)

☐ Panel trombofilních mutací (20210G>A, 1691G>A, Val34Leu, MTHFR 677C>T, MTHFR 1298A>C, PAI/1 5G>4G)

HLA GENOTYPIZACE

☐ Predispozice ankylozující spondylitidy (HLA-B27)

☐ Predispozice celiakie (HLA-DQA1, HLA-DQB1)

CUKROVÉ INTOLERANCE

☐ Intolerance laktózy (polymorfismy -13910T>C, -22018A>G v genu LCT)

GASTROINTESTINÁLNÍ A JATERNÍ ONEMOCNĚNÍ

☐ Gilbertův syndrom (TATA box genu UGT1A1)

☐ Hemochromatóza (mutace His63Asp, Ser65Cys, Cys282Tyr v genu HFE)

FARMAKOGENETIKA

☐ Genotypizace TPMT (deficit thiopurin methyltransferázy)

Správně: ● Chybně: ✕ ✓

Vysvětlivky zkratk: BAL: bronchoalveolární laváž, E: ejakulát, EX: exudát, K(EDTA): krev v EDTA, M: moč, MM: likvor, NFV: nasofaryngeální vzorek (VM, výplach, aspirát), P: punktát, PL: plasma, PV: plodová voda, S: sérum, SL: stolice (odběr do media, na vyžádání dodáme), SP: sputum, ST: stěr, SY: synoviální tekutina, T: tkáň, V: výtěr na sucho (uretra, cervix, spojivkový vak), VM: výtěr do media (na vyžádání dodáme), 1: vhodné pro primárně sterilní klinické materiály.

F76, verze 17

1/2

INFORMOVANÝ SOUHLAS

vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno a příjmení vyšetřované/ho: RČ:

Jméno a příjmení zákonného zástupce / vztah k vyšetřované osobě:
(vyplňte, pokud je pacient nezletilý / právně nezpůsobilý)

Genetické laboratorní vyšetření pro nemoc/diagnózu:

Účel genetického vyšetření:

- ☐ ověření/potvrzení diagnózy
- ☐ zjištění predispozice pro nemoc
- ☐ zjištění nemoci u plodu
- ☐ zjištění přenašečství pro nemoc u rodinného příslušníka probanda
- ☐ zjištění přenašečství pro nemoc u partnera probanda

Příjmení, jméno a rodné číslo probanda:

Familiární mutace / vyšetřovaný gen:

Klinické údaje o pacientovi, jsou-li relevantní pro rozsah laborat. vyšetření (ev. prosíme přiložit klinickou zprávu):

A. Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřované/ho) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky vyšetření a s důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno provést nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu také s možností uchování DNA v bance za účelem ev. doplnění dalšího vyšetření v budoucnosti vzhledem k rozvoji oboru.

Jméno lékaře: Podpis: Dne:

B. Prohlášení vyšetřované osoby:

Potvrzuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a dále ve smyslu vyhlášky č. 98/2012 Sb., Ministerstva zdravotnictví, o zdravotnické dokumentaci v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním zdravotním výkonu a všech jeho změnách, že mi bylo poskytnuto poradenství k požadovanému genetickému laboratornímu vyšetření a že jsem byl/a poučen/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích i rizicích navrhovaného zdravotního výkonu. Prohlašuji, že jsem seznámil/a příslušného lékaře se všemi relevantními informacemi týkajícími se mého zdravotního stavu.

Všechny informace ohledně zdravotního výkonu mi byly sděleny a vysvětleny jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a potřebné vědět. Na mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Měl/a jsem možnost svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou souhlasím či nikoli.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že:

Souhlasím s odběrem příslušného klinického vzorku a s provedením výše popsaného genetického vyšetření s podmínkami, jak jsou uvedeny výše.

Přeji si, aby výsledky genetického laboratorního vyšetření byly sděleny odesílajícímu lékaři:

Přeji si / nepřeji si být informován/a o neočekávaných (náhodných) výsledcích genetického laboratorního vyšetření, které jsou medicínsky významné, avšak nesouvisí s uvedenou základní diagnózou.

Pokyny pro nakládání se vzorkem:

- ☐ Souhlasím se skladováním mého vzorku po ukončení testování za účelem další analýzy provedené k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším testováním poučen/a a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena s mým aktuálním informovaným souhlasem.
- ☐ Souhlasím s anonymním využitím vzorku mojí DNA k interní/externí kontrole kvality molekulárně genetických metod.
- ☐ Můj vzorek bude po skončení genetického vyšetření zlikvidován s tím, že v případě možnosti dalšího genetického testování v návaznosti na budoucí nové poznatky bude nutné provést nový odběr materiálu.

V případě vyšetřování HLA genotypizace, tj. predispozice ankylozující spondylitidy (HLA-B27) a predispozice celiakie (HLA-DQA1, HLA-DQB1) se dlouhodobé uchování vzorků neprovádí. Po skončení analýzy se vzorky skladují 1 kalendářní měsíc.

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat.

V Dne:

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):