

☐ Samoplátce
 ☒ **STATIM**
☐ Výsledky osobně

Kód ZP: IČP: Odbornost:

Datum a čas odběru: : Odebral:

Příjmení:

Jméno:

Číslo pojištění: / Muž ☐ Žena ☐

Datum narození: . .

Adresa:

Dg. hlavní: Dg. ostatní:

Terapie:

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, 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) (STBK)

PARODONTÁLNÍ PATOGENY	
☐	Rozšířené vyšetření genetického rizika vzniku parodontitidy (IL1A, IL1B, IL6, NIN, IL1RN, TNF) (STBK) <i>Pouze pro samoplátce</i>
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) ☐ vyzolovaná 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, STBK: bukalní 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.

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 lékařem 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):