

Ústav hematologie a krevní transfuze

Oddělení molekulární genetiky

Vedoucí oddělení: Mgr. Kateřina Machová Poláková, Ph.D.

Technický vedoucí: Mgr. Hana Žižková, Ph.D., e-mail: Hana.Zizkova@uhkt.cz

<http://www.uhkt.cz>

U Nemocnice 1, 128 20 Praha 2, Tel: 221977-221,-397, fax: 221977371

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ FÚZNÍHO GENU BCR-ABL

ZADAVATEL (razítko a podpis) Jméno a adresa: IČP: Odbornost: Tel./fax/mail:	PACIENT Jméno: Rodné číslo/pohlaví: Pojišťovna: Diagnóza: Léčba: <input type="checkbox"/> bez léčby <input type="checkbox"/> Imatinib (Glivec) <input type="checkbox"/> TKB <input type="checkbox"/> Dasatinib (Sprycell) <input type="checkbox"/> IFN <input type="checkbox"/> Nilotinib (Tasigna) <input type="checkbox"/> jiná:
---	--

VYŠETŘOVANÝ MATERIÁL Druh materiálu: Počet leukocytů: Datum a čas odběru: <i>Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a podle pokynů Laboratorní příručky</i> Nakládání se vzorkem po vyšetření (dle informovaného souhlasu pacienta): uchovat vzorek <input type="checkbox"/> ne využít pro vědecké účely <input type="checkbox"/> ne využít pro kontroly kvality <input type="checkbox"/> ne
--

POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ <input type="checkbox"/> Diagnostika BCR-ABL(*) <input type="checkbox"/> Monitorování BCR-ABL <input type="checkbox"/> Mutace v kinázové doméně BCR-ABL STATIM: <input type="checkbox"/> ANO <i>(*) Nutné vyplnit kolonku Počet leukocytů (viz Vyšetřovaný materiál)</i>
--

VYPLNÍ LABORATOŘ Číslo materiálu laboratoře: Datum a čas dodání do laboratoře: Materiál převzal a přezkoumal dle Laboratorní příručky:
--