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: ☐ Imatinib (Glivec) ☐ Dasatinib (Sprycell) ☐ Nilotinib (Tasigna) ☐ bez léčby ☐ TKB ☐ IFN ☐ jiná:

VYŠETŘOVANÝ MATERIÁL

Druh materiálu: Počet leukocytů:

Datum a čas odběru:

Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a podle pokynů Laboratorní příručky

Nakládání se vzorkem po vyšetření (dle informovaného souhlasu pacienta):

uchovat vzorek ☐ ne využít pro vědecké účely ☐ ne
využít pro kontroly kvality ☐ ne

POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ

☐ Diagnostika BCR-ABL(*) STATIM: ☐ **ANO**
☐ Monitorování BCR-ABL
☐ Mutace v kinázové doméně BCR-ABL ☐ Biobanking

(*) Nutné vyplnit kolonku Počet leukocytů (viz Vyšetřovaný materiál)

VYPLNÍ LABORATOŘ

Číslo materiálu laboratoře:

Datum a čas dodání do laboratoře:

Materiál převzal a přezkoumal dle Laboratorní příručky: