

## ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ PŘÍTOMNOSTI MUTACÍ GENŮ *JAK2* A *CALR* (U Ph- MYELOPROLIFERATIVNÍCH ONEMOCNĚNÍ)

Jméno a příjmení vyšetřované osoby:

Pohlaví:

žena

muž

Číslo pojištění:

Pojišťovna:

Kód diagnózy:

Ordinující lékař:

Datum odběru:

Instituce, poštovní adresa,  
razítko, podpis:

IČZ nebo IČP:

Odbornost:

Nejdříve bude provedeno vyšetření na přítomnost mutace V617F *JAK2* (exon 14)

toto vyš. si již nepřejeme (neboť uděláno dříve s negat. výsledkem)

Při negativním výsledku na tuto mutaci dále požadujeme vyšetřit - zaškrtněte:

alternativní mutace *JAK2* v exonu 12 (u zjevné **polyglobulie**)

mutace *CALR* (kalretikulinu) (u zjevné **trombocytémie** nebo **myelofibrózy**)

**Vzorek:**

Periferní krev

Punktát dřeně

**Pacient nesouhlasí:**

s anonymním využitím DNA k výzkumným účelům

s uskladněním DNA

**Poslední KO:**

Datum:

WBC:

Tr:

Hkt:

Hb:

**Diagnóza slovy:**

Datum dg.:

Tehdejší KO: WBC:

Hkt:

Hb:

Tr:

Byla provedena dg. biopsie?

Datum biopsie:

Kde byla biopsie odečtena, event. její číslo:

Absolvoval již pacient léčbu cyto-/ tromboreduktivy?  
(hydroxyurea, anagrelid, interferon)

ano ... uveďte:

ne

**Náběr:**

**V případě, že si přejete jen dovyšetřit *JAK2* exon 12 nebo *CALR* mutaci, nemusíte posílat nový vzorek krve (pošlete jen žádanku). Mutace *JAK2* V617F nebude vyšetřována ani účtována.**

Nejvhodnější pro vyšetření je periferní krev: 8 - 10 ml.

Nevystavovat teple ani mrazu – optimum 4 °C!!!

**Médium při odběru: možno ACD, citrát, EDTA. Heparin méně vhodný!**

Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem vyšetřovaného a dle pokynů laboratorní příručky, dostupné na [www.uhkt.cz](http://www.uhkt.cz)