

ŽÁDANKA K MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉMU VYŠETŘENÍ - AML 2 / MDS

Oddělení genomiky

PACIENT	
Jméno:	
Číslo pojištěnce:	
Diagnóza:	
Pojišťovna:	
Datum odběru:	
Materiál:	<input type="checkbox"/> Periferní krev <input type="checkbox"/> Kostní dřev <input type="checkbox"/> Jiné
Stav choroby:	<input type="checkbox"/> Diagnóza / vstup <input type="checkbox"/> Remise <input type="checkbox"/> Rezistence <input type="checkbox"/> Relaps / progrese <input type="checkbox"/> Před / po transplantaci

ZADAVATEL
Jméno lékaře:
IČP:
Odbornost:
Adresa:
Tel.:
Razítko a podpis:
Doplňující informace:

POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ
(pro všechna vyšetření celkově 8 ml PK / 2 ml KD)
<input type="checkbox"/> CEBPA - záchyt
<input type="checkbox"/> NPM1 - záchyt
<input type="checkbox"/> WT1 - záchyt / reziduální nemoc
<input type="checkbox"/> NGS - myeloidní panel
<input type="checkbox"/> NPM1 - reziduální nemoc

Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a podle pokynů v Laboratorní příručce.		
Nakládání se vzorkem po vyšetření:	uchovat vzorek	<input type="checkbox"/> ne
	využít pro vědecké účely	<input type="checkbox"/> ne

Vyplní laboratoř:
Číslo materiálu:
Datum a čas dodání do laboratoře:
Materiál převzal a přezkoumal:

