

**Žádanka o vyšetření mutací:
v genu *HBB* metodou přímého sekvenování
v genech *HBA1* a *HBA2* detekčním kitem α -Globin Strip Assay**

ZADAVATEL (razítko a podpis)

Jméno a adresa:
(tel./fax/mail)

IČP:

odbornost:

VYŠETŘOVANÝ MATERIÁL

Pacient:

Diagnóza:

Datum odběru:

Rodné číslo/pohlaví:

Pojišťovna:

Druh materiálu:

kostní dřeň

periferní krev

Požadované vyšetření:

mutace v *HBB*

mutace v *HBA1* a *HBA2*

Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a podle pokynů v Laboratorní příručce:

NAKLÁDÁNÍ SE VZORKEM PO VYŠETŘENÍ:

(dle informovaného souhlasu pacienta)

uchovat vzorek

ne

využít pro vědecké účely

ne

využít pro potřeby MPZ

ne

Vyplňuje laboratoř:

Číslo materiálu

Datum a čas přijetí vzorku:

Materiál převzal a přezkoumal::