**Ústav hematologie a krevní transfuze**

*U Nemocnice 2094/1, 128 00 Praha 2*

**Národní referenční laboratoř pro DNA diagnostiku**

Vedoucí laboratoře: doc. Mgr. Kateřina Machová Poláková, Ph.D.

**Oddělení molekulární genetiky**

*U Nemocnice 2094/1, 128 00 Praha 2*

*Tel.: 221 977 181, e-mail: Katerina.Machova@uhkt.cz*

[*www.uhkt.cz*](http://www.uhkt.cz)

**Žádanka o stanovení fúzního genu BCR::ABL1**

**ZADAVATEL** (razítko, podpis):

Jméno a adresa:

Tel./E-mail:

**TESTOVANÝ VZOREK:**

Jméno a příjmení\*/identifikace vzorku:

Rodné číslo\*/jiné identifikační číslo:

Diagnóza\*:

(\* kde je relevantní)

**TESTOVANÝ MATERIÁL:**

□ periferní krev □ kostní dřeň □ lyzát leukocytů □ celk. RNA □ cDNA □ jiný………….…….

Datum a čas odběru/ přípravy materiálu:

Počet leukocytů:

Poznámka: Odběr primárního vzorku pro stanovení byl proveden s informovaným souhlasem testované osoby.

Nakládání se vzorkem po vyšetření: uchovat vzorek □ ne

(dle informovaného souhlasu testované osoby) využít pro vědecké účely □ ne

 využít pro potřeby MPZ □ ne

**POŽADOVANÉ STANOVENÍ:**

🞏 Diagnostika BCR::ABL1 (\*)

🞏 Monitorování BCR::ABL1

🞏 Mutace v kinázové doméně BCR::ABL1

🞏 Stanovení CF

🞏 Jiné:

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

**VYPLŇUJE LABORATOŘ:**

Číslo materiálu:

Datum a čas přijetí vzorku:

Převzal a přezkoumal: