

ŽÁDANKA K VYŠETŘENÍ ZÁRODEČNÝCH VARIANT

Oddělení genomiky

PACIENT	ZADAVATEL
Jméno:	Jméno lékaře:
Číslo pojištěnce:	IČP:
Pohlaví: ☐ muž ☐ žena	Odbornost:
Pojišťovna:	Adresa:
Diagnóza:	Tel.:
Datum odběru:	Razítko a podpis:
Kontakt na pacienta (zákonného zástupce):	
e-mail/tel.:	
Materiál: ☐ Periferní krev (2ml) ☐ Kostní dřeň (1ml) ☐ Bukální stěr ☐ Jiné	Doplňující informace:
Nezbytné dodat spolu se žádankou: ☐ PK nebo KD + bukální stěr ☐ klinická zpráva pacienta ☐ informovaný souhlas	

Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta (F_IS_076, www.uhkt.cz). **Provedení vyšetření je podmíněno dodáním vzorku periferní krve nebo kostní dřeně a zároveň stěru bukální sliznice pacienta pro případné ověření zachycené varianty s příloženou klinickou zprávou pacienta a informovaným souhlasem.**

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