



ŽIADANKA O GENETICKÉ VYŠETRENIE

Neoddeliteľnou súčasťou žiadanky o vyšetrenie dedičných variantov je informovaný súhlas pacienta alebo zákonného zástupcu.

Číslo vyšetrenia:
Vyplní laboratórium

Odosielajúci lekár (klinik): Meno: Kód odporúčajúceho lekára:		Pečiatka/podpis: Kód odporúčajúceho zariadenia:	Meno a priezvisko pacienta: Rodné číslo: Poistovňa: ID hospit. prípadu: Informovaný súhlas vyplnený: <input type="checkbox"/> zaškrtnite <input type="checkbox"/> Dg: Pridr. Dg: Dátum odberu:	
Typ primárnej vzorky (zaškrtnite): <input type="checkbox"/> periférna krv (v EDTA / plná krv), <input type="checkbox"/> kostná dreň (v EDTA), <input type="checkbox"/> bukalný ster, <input type="checkbox"/> moč, <input type="checkbox"/> likvor, <input type="checkbox"/> tkanivo, <input type="checkbox"/> iné:				
Indikované vyšetrenia:				
Onkogenetika <input type="checkbox"/> KRAS (29 mutácií exón 2, 3, 4) <input type="checkbox"/> NRAS (22 mutácií exón 2, 3, 4) <input type="checkbox"/> BRAF V600E/K601 (9 mutácií) <input type="checkbox"/> EGFR (30 mutácií exón 18, 19, 20, 21) <input type="checkbox"/> FISH analýza (podľa požiadavky)	Dedičné ochorenia <input type="checkbox"/> Gilbertov syndróm (UGT1A1) – inf. súhlas <input type="checkbox"/> Celiakia (DQ2.2, DQ2.5, DQ8) – inf. súhlas Hereditárna hemochromatóza <input type="checkbox"/> – základné vyšetrenie (3 mutácie) <input type="checkbox"/> – rozšírené vyšetrenie (18 mutácií) <input type="checkbox"/> Laktózová intolerancia (C13910T, G22018A)	Trombofilné mutácie <input type="checkbox"/> FV Leiden <input type="checkbox"/> FII Protrombín <input type="checkbox"/> MTHFR (C677T a A1298C)	Mikrobiológia a virológia: <input type="checkbox"/> HPV detekcia a typizácia STI Baktérie <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Ureaplasma urealyticum <input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis <input type="checkbox"/> Ureaplasma parvum <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Iné infekčné agens (podľa ponuky na web stránke)	
Iné vyšetrenie podľa požiadavky:				

BACP – v. 2.1/2017 – MolGen



ŽIADANKA O GENETICKÉ VYŠETRENIE

Neoddeliteľnou súčasťou žiadanky o vyšetrenie dedičných variantov je informovaný súhlas pacienta alebo zákonného zástupcu.

Číslo vyšetrenia:
Vyplní laboratórium

Odosielajúci lekár (klinik): Meno: Kód odporúčajúceho lekára:		Pečiatka/podpis: Kód odporúčajúceho zariadenia:	Meno a priezvisko pacienta: Rodné číslo: Poistovňa: ID hospit. prípadu: Informovaný súhlas vyplnený: <input type="checkbox"/> zaškrtnite <input type="checkbox"/> Dg: Pridr. Dg: Dátum odberu:	
Typ primárnej vzorky (zaškrtnite): <input type="checkbox"/> periférna krv (v EDTA / plná krv), <input type="checkbox"/> kostná dreň (v EDTA), <input type="checkbox"/> bukalný ster, <input type="checkbox"/> moč, <input type="checkbox"/> likvor, <input type="checkbox"/> tkanivo, <input type="checkbox"/> iné:				
Indikované vyšetrenia:				
Onkogenetika <input type="checkbox"/> KRAS (29 mutácií exón 2, 3, 4) <input type="checkbox"/> NRAS (22 mutácií exón 2, 3, 4) <input type="checkbox"/> BRAF V600E/K601 (9 mutácií) <input type="checkbox"/> EGFR (30 mutácií exón 18, 19, 20, 21) <input type="checkbox"/> FISH analýza (podľa požiadavky)	Dedičné ochorenia <input type="checkbox"/> Gilbertov syndróm (UGT1A1) – inf. súhlas <input type="checkbox"/> Celiakia (DQ2.2, DQ2.5, DQ8) – inf. súhlas Hereditárna hemochromatóza <input type="checkbox"/> – základné vyšetrenie (3 mutácie) <input type="checkbox"/> – rozšírené vyšetrenie (18 mutácií) <input type="checkbox"/> Laktózová intolerancia (C13910T, G22018A)	Trombofilné mutácie <input type="checkbox"/> FV Leiden <input type="checkbox"/> FII Protrombín <input type="checkbox"/> MTHFR (C677T a A1298C)	Mikrobiológia a virológia: <input type="checkbox"/> HPV detekcia a typizácia STI Baktérie <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Ureaplasma urealyticum <input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis <input type="checkbox"/> Ureaplasma parvum <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Iné infekčné agens (podľa ponuky na web stránke)	
Iné vyšetrenie podľa požiadavky:				

BACP – v. 2.1/2017 – MolGen