

Samoplátce **STATIM** hh:mm

Kód ZP: Datum a čas odběru:

IČP: Odbornost:

Pacient:

Č. pojištěnce: / Muž Žena

Datum narození:

Adresa:

Dg. hlavní: Dg. ostatní:

Terapie:

Razítko a podpis

Žádanka na molekulárně genetické vyšetření EXTRAHUMÁNNÍ GENOM

Materiál: krev sérum plasma likvor moč stolice sputum BAL ejakulát plodová voda
 tkáň punktát exudát klišťe stěr/výtěr jiný.....

VIROVÉ HEPATITIDY	
<input type="checkbox"/>	HBV kvantitativně (K(EDTA) 10 ml, PL, S)
<input type="checkbox"/>	HCV kvantitativně (K(EDTA) 10 ml, PL, S)
<input type="checkbox"/>	HEV (K(EDTA) 5ml a více, PL, S)

SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY	
<input type="checkbox"/>	Chlamydia trachomatis (E, M, V, VM)
<input type="checkbox"/>	Neisseria gonorrhoeae (E, M, V, VM)
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma genitalium/hominis (E, M, V, VM)
<input type="checkbox"/>	Ureaplasma parvum/urealyticum (E, M, V, VM)
<input type="checkbox"/>	Trichomonas vaginalis (E, M, V, VM)
<input type="checkbox"/>	Treponema pallidum (E, M, V, VM)
<input type="checkbox"/>	HPV vysoké riziko (14 genotypů) (VM)
<input type="checkbox"/>	HPV 16, 18 (VM)
<input type="checkbox"/>	HPV nízké riziko (genotypy 6, 11, 40, 42, 43, 44) (VM)
<input type="checkbox"/>	STD I – screening (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium/hominis, Ureaplasma parvum/urealyticum, Trichomonas vaginalis) (E, M, V, VM)
<input type="checkbox"/>	STD II – screening (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, highrisk HPV, lowrisk HPV, HSV1, HSV2, Treponema pallidum) (E, M, V, VM)

PARODONTÁLNÍ PATOGENY	
<input type="checkbox"/>	Vyšetření parodontálních patogenů (Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, Tannerella forsythia, Treponema denticola, Parvimonas micra, Fusobacterium nucleatum, Campylobacter rectus, Eubacterium nodatum, Eikenella corrodens, Capnocytophaga sputigena, Capnocytophaga gingivalis)
<input type="checkbox"/>	Vyšetření genetického rizika vzniku parodontitidy (IL1A, IL1B, HLA-DR4)

RESPIRAČNÍ PATOGENY	
<input type="checkbox"/>	Bordetella pertussis (BAL, NA, SP, ST, V)
<input type="checkbox"/>	Chlamydia pneumoniae (BAL, SP, V)
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma pneumoniae (BAL, SP, V)
<input type="checkbox"/>	Legionella pneumophila (BAL, SP, SY, V, M)
<input type="checkbox"/>	Influenza A, typizace H1N1 (BAL, VM)
<input type="checkbox"/>	Influenza B (BAL, VM)
<input type="checkbox"/>	Mycobacterium tuberculosis (BAL, E, EX, M, P, SP, ST, SY, T)

Panel respiračních patogenů
(detekce DNA/RNA Influenza A;
Influenza A H1N1pandem.;
Influenza B; Influenza C;
Parainfluenza 1, 2, 3, 4;
koronaviry NL63, 229E, OC43, HKU1;
lidský Metapneumovirus A, B; Rhinovirus;
respirační syncytiální viry A, B;
Adenovirus; Enterovirus; Parechovirus;
Bocavirus; Pneumocystis jirovecii;
Mycoplasma pneumoniae; Chlamydia pneumoniae;
Streptococcus pneumoniae;
Haemophilus influenzae typ B (detekuje také
Haemophilus parahaemolyticus, který je spojen
s faryngitidou);
Staphylococcus aureus; Moraxella catarrhalis;
Bordetella pertussis (kromě Bordetella parapertussis);
Klebsiella pneumoniae; Legionella sp.;
Salmonella sp.; Haemophilus influenzae)
(BAL, SP, V, VM)

NEUROTROPNÍ A JINÉ VIRY	
<input type="checkbox"/>	Enteroviry (univerzálně) (K(EDTA), MM)
<input type="checkbox"/>	HSV 1,2 (K(EDTA), MM, ST, V)
<input type="checkbox"/>	VZV (K(EDTA), MM, ST)
<input type="checkbox"/>	CMV (K(EDTA), MM, M, PV)
<input type="checkbox"/>	EBV (K(EDTA), MM)
<input type="checkbox"/>	HHV6 (K(EDTA), MM)
<input type="checkbox"/>	Parvovirus B19 (K(EDTA), PV)
<input type="checkbox"/>	Klíšťová encefalitida (K(EDTA), MM, PL, S, klišťe)
<input type="checkbox"/>	Zika virus (K(EDTA), PL, S)

NEUROTROPNÍ BAKTERIE	
<input type="checkbox"/>	Anaplasma (Ehrlichia) (K(EDTA), MM, klišťe)
<input type="checkbox"/>	Borrelia (K(EDTA), MM, M, P, SY, T, klišťe)

OSTATNÍ	
<input type="checkbox"/>	Helicobacter pylori (SL)
<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii (K(EDTA), MM, PV)
<input type="checkbox"/>	Univerzální detekce bakterií (UNB) + specifikace pozitivního nálezu (K(EDTA), MM, T, 1)
<input type="checkbox"/>	Univerzální detekce mykotických infekcí (UNF) + specifikace pozitivního nálezu (K(EDTA), MM, T, 1)

Jiné požadavky:

Správně:
Chybně:

Vysvětlivky zkratk: BAL: bronchoalveolární laváž, E: ejakulát, EX: exudát, K(EDTA): krev v EDTA, M: moč, MM: likvor, P: punktát, PL: plasma, PV: plodová voda, S: sérum, SL: stolice (odběr do media, na vyžádání dodáme), SP: sputum, ST: stěr, SY: synoviální tekutina, T: tkáň, V: výtěr na sucho (uretra, cervix, spojivkový vak), VM: výtěr do media (na vyžádání dodáme), 1: vhodné pro primární sterilní klinické materiály



Molekulárně genetické vyšetření HUMÁNNÍ GENOM

Součástí této žádanky je vyplněný Informovaný souhlas vyšetřované/ho s genetickým laboratorním vyšetřením (str. 3).

- Materiál:** periferní krev (odběr do EDTA) vyizolovaná DNA amniocyty nativní amniocyty kultivované
- choriové klky nativní choriové klky kultivované jiný:

Klinické údaje o pacientovi
(ev. prosíme přiložit klinickou zprávu):

Účel genetického vyšetření:

ověření/potvrzení diagnózy
 zjištění predispozice pro nemoc
 zjištění nemoci u plodu
 zjištění přenašečství pro nemoc/nemoci u rodinného příslušníka probanda
 zjištění přenašečství pro nemoc u partnera probanda

Příjmení, jméno a rodné číslo probanda:

Familiární mutace:

Vyšetřovaný gen:

TROMBOFILNÍ FAKTORY	
<input type="checkbox"/>	Faktor II Prothrombin (20210G>A)
<input type="checkbox"/>	Faktor V Leiden (1691G>A)
<input type="checkbox"/>	gen MTHFR (677C>T a 1298A>C)
<input type="checkbox"/>	gen PAI-1 (5G>4G)
<input type="checkbox"/>	faktor XIII (Val34Leu)
<input type="checkbox"/>	panel trombofilních mutací (FV Leiden 1691G>A, FV R2 4070A>G, FII 20210G>A, MTHFR 677C>T, MTHFR 1298A>C, PAI/1 5G>4G)

CYSTICKÁ FIBRÓZA – gen CFTR	
<input type="checkbox"/>	37 mutací
<input type="checkbox"/>	68 mutací
<input type="checkbox"/>	sekvenční analýza kódující oblasti genu

HLA GENOTYPIZACE	
<input type="checkbox"/>	predispozice ankylozující spondylitidy (HLA-B27)
<input type="checkbox"/>	predispozice celiakie (HLA-DQA1, HLA-DQB1)

ČUKROVÉ INTOLERANCE	
<input type="checkbox"/>	intolerance laktózy (polymorfismy -13910T>C, -22018A>G v genu LCT)
<input type="checkbox"/>	intolerance fruktózy (mutace 448G>C, 524C>A, 1005C>G, 357del4 v genu AldoB)

GASTROINTESTINÁLNÍ A JATERNÍ ONEMOCNĚNÍ	
<input type="checkbox"/>	Wilsonova choroba (sekvenční analýza genu ATP7B)
<input type="checkbox"/>	Gilbertův syndrom (TATA box genu UGT1A1)
<input type="checkbox"/>	Crohnova choroba (mutace Arg702Trp, Gly908Arg, 3020insC v genu NOD2)
<input type="checkbox"/>	hemochromatóza (mutace His63Asp, Ser65Cys, Cys282Tyr v genu HFE)
<input type="checkbox"/>	hemochromatóza (18 mutací v genech HFE, TRF2 a FPN1)
<input type="checkbox"/>	deficit α 1 antitrypsinu (mutace Glu264Val, Glu342Lys v genu SERPINA1)
<input type="checkbox"/>	deficit α 1 antitrypsinu (kompletní analýza kódující oblasti genu SERPINA1)

JINÁ ONEMOCNĚNÍ	
<input type="checkbox"/>	Spinální muskulární atrofie (delece/duplikace exonů 7 a 8 v genech SMN1 a SMN2)
<input type="checkbox"/>	jiný požadavek (po předchozí konzultaci):

OSTEOCHONDRODYSPLÁZIE A DENTINODYSPLÁZIE (SeqCap panel a sekvenace genů spojených s poruchou kostního metabolismu a metabolismu dentinu)	
<input type="checkbox"/>	osteopatie způsobené nízkou kostní densitou (Osteogenesis imperfecta, idiopatická juvenilní osteoporóza, Osteoporosis-pseudoglioma syndrom, Bruck syndrom, Cole-Carpenter syndrom, Osteochondrodysplázie letální typ, Hypofosfatázie)
<input type="checkbox"/>	osteosklerotické dysplázie (Osteopetrosa, Osteopoikilosa, Hyperostosa, Sklerosteosa, Osteopatia striata, Caffey disease, Raine syndrom, Van Buchem disease, Gnátodifyzeální dysplázie)
<input type="checkbox"/>	defekt COL2A1 (Česká dysplázie, Mnohočetná epifyzeální dysplázie, Kniestova dysplázie, Achondrogenese /hypochondrogenese, Legg-Calve-Perthes nemoc, Osteoartrtida s chondrodysplázií, Otospondylomegaepifyzeální dysplázie, Platyspondylózní skeletální dysplázie, Spondyloepifyzeální dysplázie, Spondyloepimetafyzeální dysplázie, Spondyloperiferální dysplázie, Avaskulární nekróza krčku femuru, Sticklerův syndrom typ I)
<input type="checkbox"/>	Sticklerův syndrom typ II – V
<input type="checkbox"/>	Mnohočetná epifyzeální dysplázie
<input type="checkbox"/>	Pseudoachondroplázie
<input type="checkbox"/>	Ehlers-Danlos syndrom typ I-IV a VI
<input type="checkbox"/>	EDS-like spondylocheirodysplasie
<input type="checkbox"/>	Spondyloepi(meta)fyzeální dysplázie, Larsenův syndrom, Atelosteogeneze, Diastrofická dysplázie, Frontometafyzeální dysplázie, Melnick-Needles osteodysplastie, Spondylokarpotarzální synostóza
<input type="checkbox"/>	Brachyolmie, Metatropická dysplázie, Familiární artropatie-brachydaktilie
<input type="checkbox"/>	Chondroektodermální/mezoektodermální dysplázie (Ellis-van Creveld syndrom)
<input type="checkbox"/>	Weyersova akrofaciální dysostóza
<input type="checkbox"/>	Metafyzeální (chondro)dysplázie – McKusick, Schmidt
<input type="checkbox"/>	Schimkeho imuno-kostní dysplázie
<input type="checkbox"/>	Akromelická dysplázie
<input type="checkbox"/>	mnohočetná exostózy
<input type="checkbox"/>	Chondrodysplasia punctata
<input type="checkbox"/>	Idiopatická juvenilní Hyperkalcémie
<input type="checkbox"/>	Menkes disease
<input type="checkbox"/>	dědičná onemocnění dentice (Dentin dysplasia, Dentinogenesis imperfecta, Amelogenesis imperfecta typ 1–4, Amelogenesis imperfecta a platyspondylie)
<input type="checkbox"/>	jiný požadavek (po předchozí konzultaci):

INFORMOVANÝ SOUHLAS

vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno a příjmení vyšetřované/ho: RČ:

Jméno a příjmení zákonného zástupce / vztah k vyšetřované osobě:

(vyplňte, pokud je pacient nezletilý / právně nezpůsobilý)

Genetické laboratorní vyšetření:

A. Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřované/ho) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky vyšetření a s důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno provést nebo nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu.

Jméno lékaře: Podpis: Dne:

B. Prohlášení vyšetřované osoby:

Potvrzuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a dále ve smyslu vyhlášky č. 98/2012 Sb., Ministerstva zdravotnictví, o zdravotnické dokumentaci v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním zdravotním výkonu a všech jeho změnách, a to ve smyslu ustanovení § 31 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, tedy že mi bylo poskytnuto poradenství k požadovanému genetickému laboratornímu vyšetření a že jsem byl/a poučen/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích i rizicích navrhovaného zdravotního výkonu. Prohlašuji, že jsem seznámil/a příslušného lékaře se všemi relevantními informacemi týkajícími se mého zdravotního stavu.

Všechny informace ohledně zdravotního výkonu mi byly sděleny a vysvětleny jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a potřebné vědět. Na mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Měl/a jsem možnost svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou souhlasím či nikoli.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že:

- souhlasím s odběrem příslušného klinického vzorku a s provedením výše popsaného genetického vyšetření s podmínkami, jak jsou uvedeny výše.
- souhlasím se skladováním mého vzorku po ukončení testování za účelem další analýzy provedené k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším testováním poučen/a a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena s mým aktuálním informovaným souhlasem.
- souhlasím s anonymním využitím mého DNA k lékařskému výzkumu.
- můj vzorek bude po skončení genetického vyšetření zlikvidován s tím, že v případě možnosti dalšího genetického testování v návaznosti na budoucí nové poznatky bude nutné provést nový odběr materiálu.

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat.

V Dne:

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):