

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:

IFCOR
KLINICKÉ LABORATOŘE

Viniční 235, 615 00 Brno
Zelená linka:
800 190 193

www.ifcor.cz

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, 44, 54) (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) (ST) |
| <input type="checkbox"/> | Vyšetření genetického rizika vzniku parodontitidy (IL1A, IL1B, HLA-DR4) |

| RESPIRAČNÍ PATOGENY | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Bordetella pertussis, parapertussis, holmesii (BAL, SP, V, VM) |
| <input type="checkbox"/> | Chlamydia pneumoniae (BAL, SP, V, VM) |
| <input type="checkbox"/> | Mycoplasma pneumoniae (BAL, SP, V, VM) |
| <input type="checkbox"/> | Legionella pneumophila (BAL, SP, SY, V, M) |
| <input type="checkbox"/> | Influenza A (BAL, VM) |
| <input type="checkbox"/> | Influenza B (BAL, VM) |
| <input type="checkbox"/> | Mycobacterium tuberculosis komplex (BAL, EX, M, MM, P, SP, ST, SY, T) |
| <input type="checkbox"/> | NTM (netuberkulózní mykobakterie) (BAL, SP, T) |
| <input type="checkbox"/> | RSV (BAL, VM) |

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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 (K(EDTA), MM, PL, S) |
| <input type="checkbox"/> | HSV 1,2 (K(EDTA), MM, PL, S, ST, V, T) |
| <input type="checkbox"/> | VZV (K(EDTA), MM, PL, S, ST, T) |
| <input type="checkbox"/> | CMV (K(EDTA), PL, S) |
| <input type="checkbox"/> | EBV (BAL, K(EDTA), MM, PL) |
| <input type="checkbox"/> | HHV6 (K(EDTA), MM, ST, V) |
| <input type="checkbox"/> | Parvovirus B19 (K(EDTA), PL) |
| <input type="checkbox"/> | Klišťová encefalitida (K(EDTA), MM, PL, S, klišťe) |
| <input type="checkbox"/> | Zika virus (K(EDTA), PL, S) |
| <input type="checkbox"/> | Virus spalniček (M, NFV) |

| 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, T) |
| <input type="checkbox"/> | HIV-1 PCR (K(EDTA)) |
| <input type="checkbox"/> | Toxoplasma gondii (K(EDTA), MM, PV) |
| <input type="checkbox"/> | Univerzální detekce bakterií (UNB) + specifikace pozitivního nálezu (K(EDTA), P, T, 1) |
| <input type="checkbox"/> | Univerzální detekce mykotických infekcí (UNF) (K(EDTA), P, T, 1) |

Jiné požadavky:

Žádanka na molekulárně genetické vyšetření HUMÁNNÍ GENOM

**Součástí této žádanky je vyplněný Informovaný souhlas vyšetřované/ho s genetickým laboratorním vyšetřením (str. 2).
Bez vyplněného Informovaného souhlasu nelze genetické laboratorní vyšetření provádět.**

Materiál: periferní krev (odběr do EDTA) vyzolovaná DNA (primární materiál)

| TROMBOFILNÍ FAKTORY | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Faktor II Prothrombin (20210G>A) |
| <input type="checkbox"/> | Faktor V Leiden (1691G>A) |
| <input type="checkbox"/> | Faktor XIII (Val34Leu) |
| <input type="checkbox"/> | Gen MTHFR I (677C>T) |
| <input type="checkbox"/> | Gen MTHFR II (1298A>C) |
| <input type="checkbox"/> | Gen PAI-1 (5G>4G) |
| <input type="checkbox"/> | Panel trombofilních mutací (20210G>A, 1691G>A, Val34Leu, MTHFR 677C>T, MTHFR 1298A>C, PAI/1 5G>4G) |

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

| CUKROVÉ INTOLERANCE | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Intolerance laktózy (polymorfismy -13910T>C, -22018A>G v genu LCT) |

| GASTROINTESTINÁLNÍ A JATERNÍ ONEMOCNĚNÍ | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Gilbertův syndrom (TATA box genu UGT1A1) |
| <input type="checkbox"/> | Hemochromatóza (mutace His63Asp, Ser65Cys, Cys282Tyr v genu HFE) |

| FARMAKOGENETIKA | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Genotypizace TPMT (deficit thiopurin methyltransferázy) |

Správně: ●
Chybně: ✘ ✔

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



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 pro nemoc/diagnózu:

Účel genetického vyšetření:

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

Příjmení, jméno a rodné číslo probanda:

Familiární mutace / vyšetřovaný gen:

Klinické údaje o pacientovi, jsou-li relevantní pro rozsah laborat. vyšetření (ev. prosíme přiložit klinickou zprávu):

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 výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky vyšetření a s důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno provést nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu také s možností uchování DNA v bance za účelem ev. doplnění dalšího vyšetření v budoucnosti vzhledem k rozvoji oboru.

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, 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 popsání genetického vyšetření s podmínkami, jak jsou uvedeny výše.

Přeji si, aby výsledky genetického laboratorního vyšetření byly sděleny odesílajícímu lékaři:

Přeji si / nepřeji si být informován/a o neočekávaných (náhodných) výsledcích genetického laboratorního vyšetření, které jsou medicínsky významné, avšak nesouvisí s uvedenou základní diagnózou.

Pokyny pro nakládání se vzorkem:

- 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 vzorku mého DNA k interní/externí kontrole kvality molekulárně genetických metod.
- 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.

V případě vyšetřování HLA genotypizace, tj. predispozice ankylozující spondylitidy (HLA-B27) a predispozice celiakie (HLA-DQA1, HLA-DQB1) se dlouhodobé uchování vzorků neprovádí. Po skončení analýzy se vzorky skladují 1 kalendářní měsíc.

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

V Dne:

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):