

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  
www.ifcor.cz

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

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  klíště  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"/>	SARS-CoV-2 (NFV-stěr)

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, PL)
<input type="checkbox"/>	HHV7 (K(EDTA), MM, PL)
<input type="checkbox"/>	Parvovirus B19 (K(EDTA), PL)
<input type="checkbox"/>	Klíšťová encefalitida (K(EDTA), MM, PL, S, klíště)
<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, klíště)
<input type="checkbox"/>	Borrelia (K(EDTA), MM, M, P, SY, T, klíště)
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)
<input type="checkbox"/>	+ 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)

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

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

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 vyzádnání dodáme), SP: sputum, ST: stěr, SY: synoviální tekutina, T: tkáň, V: výtěr na sucho (uretra, cervix, spojivkový vak), VM: výtěr do media (na vyzádnání 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): .....