FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
PRACOVIŠTĚ DĚTSKÁ NEMOCNICE

Černopolní 9, 613 00 Brno
IČO 652 69 705
Korespondenční adresa: Jihlavská 20, 625 00 Brno

INTERNÍ HEMATOLOGICKÁ A ONKOLOGICKÁ KLINIKA

CENTRUM MOLEKULÁRNÍ BIOLOGIE A GENETIKY
Tel.: 532234745, 532234491

H

ŽÁDANKA K CYTOGENETICKÉMU VYŠETŘENÍ

Pacient:	Kód pojišťovny:	**Žadatel:** Odbornost:
Číslo pojištěnce:		IČP:
Příjmení:		Jméno lékaře:
Jméno:		
Základní diagnóza:		Adresa:
Ostatní diagnózy:		Tel.:
Kontakt na pacienta:		Razítko a podpis:

Pohlaví: ☐ muž ☐ žena	**Informovaný souhlas s vyšetřením (NUTNO VYPLNIT):**
Vztah k probandovi:	☐ je přiložen k této žádance
Datum odběru/čas:	☐ byl zaslán již dříve (jedná se o opakované vyšetření)
	☐ je uložen v dokumentaci pacienta (pacienti FN Brno)

Materiál

☐ periferní krev (EDTA)	☐ DNA	☐ choriové klky	☐ fetální tkáň
☐ periferní krev (heparin)	☐ bukální stěr	☐ kultivované amniocyty	☐ jiný
☐ suspenze	☐ plodová voda	☐ pupečníková krev	

Požadované vyšetření	Specifikace
☐ **KARYOTYP**	
☐ **ZCA – CAPL**	
☐ **FISH**	
☐ **array – CGH**	
☐ **MLPA**	
☐ **QF – PCR**	
☐ **qPCR**	
☐ **bankování**	☐ jiné

Naléhavost vyšetření ☐ statim ☐ gravidita týden gravidity:

Pro potřeby laboratoře (vyplňuje laboratoř):

Přijal (kdo a kdy):	
Číslo vzorku v LIS:	
Převzal (kdo a kdy):	

Další informace:

V případě nejasného nebo patologického nálezu vyšetření karyotypu dle SA/CMBG/C0003 bude vyšetření doplněno metodou FISH.
Podrobné informace o vyšetřovacích postupech a podmínkách vyšetření jsou uvedeny v laboratorní příručce dostupné na webových stránkách FN Brno.