

ŽÁDANKA K MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉMU VYŠETŘENÍ - AML 2 / MDS

Oddělení genomiky

| PACIENT | |
|------------------|--|
| Jméno: | |
| Číslo pojištění: | |
| Diagnóza: | |
| Pojišťovna: | |
| Datum odběru: | |
| Materiál: | <input type="checkbox"/> Periferní krev <input type="checkbox"/> Kostní dřevě <input type="checkbox"/> Jiné |
| Stav choroby: | <input type="checkbox"/> Diagnóza / vstup <input type="checkbox"/> Remise <input type="checkbox"/> Rezistence <input type="checkbox"/> Relaps / progresse <input type="checkbox"/> Před / po transplantaci |

| ZADAVATEL |
|-----------------------|
| Jméno lékaře: |
| IČP: |
| Odbornost: |
| Adresa: |
| Tel.: |
| Razítko a podpis: |
| Doplňující informace: |

POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ

(pro všechna vyšetření celkově 8 ml PK / 2 ml KD)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CEBPA - záchyt | <input type="checkbox"/> NPM1 - reziduální nemoc |
| <input type="checkbox"/> NPM1 - záchyt | |
| <input type="checkbox"/> WT1 - záchyt / reziduální nemoc | |
| <input type="checkbox"/> NGS - myeloidní panel | |

Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a podle pokynů v Laboratorní příručce.

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Nakládání se vzorkem po vyšetření: | uchovat vzorek | <input type="checkbox"/> ne |
| | využít pro vědecké účely | <input type="checkbox"/> ne |

Vyplní laboratoř:

Číslo materiálu:

Datum a čas dodání do laboratoře:

Materiál převzal a přezkoumal: