**Ústav hematologie a krevní transfuze**

**Národní referenční laboratoř pro DNA diagnostiku**

Vedoucí laboratoře: Ing. Milena Vraná

**Oddělení buněčného chimerizmu**

*U Nemocnice 2094/1, 128 00 Praha 2*

*Tel.: 221 977 308, -117, e-mail:* *chimerizmus@uhkt.cz*

[*www.uhkt.cz*](http://www.uhkt.cz)

**Žádanka o stanovení genotypů sekvenčních polymorfizmů a jejich kvantitativní zastoupení ve vzorku**

**ZADAVATEL** (razítko, podpis):

Jméno a adresa:

Tel./E-mail:

**TESTOVANÝ VZOREK:**

Jméno a příjmení/identifikace vzorku:

Rodné číslo\*:

Diagnóza\*:

(\* kde je relevantní)

**TESTOVANÝ MATERIÁL:**

Odebraný materiál: □ periferní krev □ kostní dřeň □ jiný ……….…….…….

 počet leukocytů:…..…109/l

Datum a čas odběru:

Poznámka: Odběr primárního vzorku pro stanovení byl proveden s informovaným souhlasem testované osoby.

Nakládání se vzorkem po stanovení: uchovat vzorek □ ne

(dle informovaného souhlasu testované osoby) využít pro vědecké účely □ ne

 využít pro potřeby MPZ □ ne

**POŽADOVANÉ STANOVENÍ:**

**□** genotypizace

□ kvantifikace

**□** jiné (po konzultaci s laboratoří uveďte)**…………………………..**

**VYPLŇUJE LABORATOŘ:**

Číslo materiálu:

Datum a čas přijetí vzorku:

Převzal a přezkoumal: