

Ústav hematologie a krevní transfuze  
U Nemocnice 2094/1, 128 00, Praha 2  
**Oddělení cytogenetiky**

Vedoucí: Mgr. Šárka Ransdorfová, Ph.D. Tel.: 221 977 352, email: [Sarka.Ransdorfova@uhkt.cz](mailto:Sarka.Ransdorfova@uhkt.cz)

**Příjem vzorku:** areál VFN, vjezd ul. Benátská, budova A7, Cytogenetické odd. ÚHKT

### Žádanka o vyšetření – Cytogenetika

#### ZADAVATEL

Lékař/oddělení:

IČP:

Odbornost:

Podpis:

#### VYŠETŘOVANÝ MATERIÁL

Vyšetřovaná osoba:

Pohlaví: **muž / žena**

Číslo pojištění:

Pojišťovna:

Diagnóza:

Vedlejší diagnóza:

Druh materiálu:

Datum/čas odběru:

Pacient **nesouhlasí**:

s anonymním využitím DNA k výzkumným účelům

s uskladněním DNA

**Poznámka:**

Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a dle pokynů laboratorní příručky [www.uhkt.cz](http://www.uhkt.cz)

#### POŽADAVKY VYŠETŘENÍ – CYTOGENETIKA

Statim: ano – ne

FISH: ano – ne

FISH vyšetření indikuje vedoucí cytogenetické laboratoře na základě výsledku klasické cytogenetické analýzy.

TKD: ano – ne

Pohlaví dárce: **muž / žena**

Epikríza:

**Poznámka:**

#### VYPLŇUJE LABORATOŘ

Číslo materiálu:

Datum a čas dodání do laboratoře:

Převzal a přezkoumal dle laboratorní příručky: