

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 dřeň <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"/> NPM1 - záchyt	<input type="checkbox"/> NPM1 - reziduální nemoc
<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: