



GENETICKÁ ŽÁDANKA



Vzor jak vyplňovat  Pohlaví Muž Žena

Číslo pojištěnce

Příjmení

Jméno

Základní DG Jiná DG

Pojišťovna Samoplátce

Datum narození Statim

Adresa a kontakt na pacienta

Výsledek vyzvedne pacient osobně

Druh primárního vzorku Krev Jiné

Datum / čas odběru . 20 :


Odběr provedl (a)

Razítko a podpis žadatele

Poznámky

BARVY ODPOVÍDAJÍ VÍČKU ZKUMAVKY.

	KO-GHb (EDTA)
Vacurette	B
Sarstedt	B
BD Vacutainer	B

VYSVĚTLIVKY KE ZKRATKÁM A PIKTOGRAMŮM:
 * Vyšetření provádí smluvní laboratoř (FN Brno, Ústav patologie, tel: 532 232 843).
 Ihned do LAB

vydání č. 09 04/25



GENETICKÉ PREDISPOZICE

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 202, 101, 603, 209, 210, 128

FV Leiden - R506Q

FII - Prothrombin - G21210A

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 202

ITGB3 - Glykoprotein IIIa - L33P

FXIII - V34L

FGB - β -fibrinogen (c.-455G>A)

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 202, 101, 209, 210

ACE - ins/del

GENETICKÉ PREDISPOZICE (bez stanovených podmínek pojišťoven)


Gilbert sy. - UGT1A1 (TATA box)


indikace povolena pouze pro odbornost 208, 105, omezeně 301


Crohnova choroba - NOD2 (c.2104C>T, c.2722G>C, c.3019dup), ATG16L1 (c.898A>G)

ONKOHEMATOLOGIE

indikace povolena pouze pro odbornost 202

BCR-ABL (18 typů fúzí) - **NOVĚ** 

IgVH mutační status 

TP53 - exony 4, 5, 6, 7, 8 a 9 

JAK2 - V617F

JAK2 - exon 12

CALR - exon 9

MPL - W515L, W515K

c-KIT - D816V (systémová mastocytóza)

MYD88 - L265P - **NOVĚ**

CXCR4 - S338X - **NOVĚ**

POZNÁMKY

**Informovaný souhlas JE NUTNOU SOUČÁSTÍ ŽÁDANKY.
 Vyplňte prosím 2. stranu žádanky!**

GENETICKY PODMÍNĚNÉ CHOROBY

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 202, 101

Hemochromatóza - HFE - C282Y, H63D

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 101, 301

Familiární hypercholesterolemie typu B (APOB - R3500Q)

indikace povolena pouze pro odbornost 105, 305, 209, 101, 208

Defekt apolipoproteinu E (APOE - určení izoformy E2, E3, E4)

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 205, 207

Defekt α 1-antitrypsinu - SERPINA1

indikace povolena pouze pro odbornost 208

Wilsonova choroba - ATP7B (analýza celého genu)

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 105, 207

Laktózová intolerance - LCT (c.-13910C>T, c.-22018G>A)

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 105, 301, 207 - u dětí s antigliadinovými protilátkami 10x nad normu

Celiakální sprue - asociované HLA alely

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 109, 207 v případě reaktivního výsledku z průtokové cytometrie

HLA-B*27 konfirmace

indikace povolena pouze pro odbornost 208

Hereditární pankreatitida

FARMAKOGENETIKA

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 105, 101, 109, 301, 202, 207

TPMT - c.238G>C, c.460G>A, c.719A>G (toxicita azathioprinu a purinových léčiv)

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 101, 209, 305

CYP2C19 - c.18154G>A, c.17948G>A, c.-806C>T (toxicita clopidogrelu, mavacamtenu)

indikace povolena pouze pro odbornost 305, 306

CYP2D6 – toxicita psychofarmak (19 vybraných variant + CNV)

indikace povolena pouze pro odbornost 208, 202, 101, 209, 210

VKORC1 - c.-1639G>A, CYP2C9 - c.430C>T, c.1075A>C (warfarinová senzitivita)

VKORC1 - analýza celého genu (warfarinová rezistence)

UGT1A1 - TATA box genu (toxicita irinotecanu)

DPYD - c.2846A>T, c.1905+1G>A, c.1679T>G (toxicita 5-fluorouracilu)



SOUHLAS S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM



Jméno a příjmení:.....

Číslo pojištění:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Vztah k vyšetřované osobě:

Účel molekulárně genetického vyšetření

- Ověření/potvrzení diagnózy
- Zjištění predispozice pro nemoc
- Zjištění přenašečství pro nemoc
- K optimalizaci léčby

Alternativy navrhovaného genetického vyšetření:

.....

Prohlášení vyšetřované osoby / zákonného zástupce

Potvrzují, že mi bylo poskytnuto poradenství k molekulárně genetickému laboratornímu vyšetření, a že jsem poskytnuté informace porozuměl/a. Lékařem mi bylo sděleno a vysvětleno následující:

- účel, povaha, předpokládaný přínos genetického laboratorního vyšetření
- možný dopad výsledků genetického vyšetření na mé zdraví, na zdraví mých potomků (budoucích generací) a zdraví geneticky příbuzných osob

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Souhlas vyšetřované osoby / zákonného zástupce*

* vyplňte zvolenou odpověď (v případě neoznačení odpovědi, bude postupováno jako při zvolení možnosti ano)

Správně

Za účelem výše uvedeným souhlasím:

s odběrem vzorku biologického materiálu a s provedením vyšetření ano ne

se seznámením s výsledky molekulárně genetického vyšetření ano ne

se skladováním mého vzorku v DNA bance pro další analýzy provedené k mému prospěchu, a to za předpokladu, že budu před dalším vyšetřením informován/a a nově navrhovaná vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem ano ne

s anonymním využitím DNA v lékařském výzkumu dědičných onemocnění ano ne

s využitím DNA ke kontrole kvality DNA diagnostiky ano ne

s využitím výsledků molekulárně genetického vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě ano ne

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):.....

Jméno a příjmení lékaře, razítko a podpis:.....

V, dne

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.