

ŽÁDANKA K PROVEDENÍ NEINVAZIVNÍHO PRENATÁLNÍHO TESTU NIPT



Číslo pojištění

Příjmení

Jméno

Základní DG Jiná DG

Pojišťovna Samoplátce

Datum narození Statim

Výška/cm Hmotnost/kg

Adresa a kontakt na pacienta

Výsledek vyzvedne pacient osobně

Datum / čas odběru . . 20 :

Odběr provedl (a)

Razítko a podpis žadatele

Poznámky

vydání č. 01 03/21

	Odběrová zkumavka
Odběr	Speciální se stabilizátorem (STRECK)
Skladování	Při pokojové teplotě!

www.agellab.cz/katalog-vysetreni
Call centrum 800 700 701

Žádáme o vyšetření

Neinvazivní prenatální test NIPT

Datum odběru Datum prvního dne poslední menstruace Gestační věk dle data odběru

Ultrazvuková data

Datum UZ

CRL (mm)

Nuchální translucence (NT) (mm)

BPD

Gestační věk dle UZ - týden + den

Nosní kůstka - NB Neměřena Nepřítomna Přítomna

Datum porodu dle UZ

Identifikace vyšetřujícího

Současná gravidita

Etnikum - Kavkazská / Asie / Afrika

Kouření Ano Ne

DM 1. typu Ano Ne

IVF, ovariální stimulace, jiné Ano Ne

Vícečetné těhotenství - počet plodů

Mizející dvojče Ano Ne

Darovaný oocyt Ano Ne

Náhradní matka Ano Ne

Transplantace kostní dřeně Ano Ne

Poznámky

Anamnéza

Downův syndrom Ano Ne

Edwardsův syndrom Ano Ne

Jiné

Kontakt na spolupracující laboratoř: **Bioptická laboratoř**, Mikuláfské nám. 4, 326 00 Plzeň, Tel.: 377 320 667, 603 835 353

Laboratoře AGEL a.s., Revoluční 2214/35, 741 01 Nový Jičín, IČO 166 28 373; Nemocnice AGEL Nový Jičín a.s., Purkyňova 2138/16, 741 01 Nový Jičín, IČO 258 86 207; Nemocnice AGEL Ostrava-Vitkovice a.s., Zalužanského 1192/15, 703 84 Ostrava-Vitkovice, IČO 607 93 201; AGEL Středomoravská nemocniční a.s., Mathonova 291/1, Krasice, 796 04 Prostějov, IČO 277 97 660; Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a.s., Kónská 453, 739 61 Třinec, IČO 484 01 129; Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí a.s., U Nemocnice 980, 757 01 Valašské Meziříčí, IČO 268 22 105; Dopravní zdravotnictví a.s., Italská 560/37, 121 43 Praha 2, IČO 259 03 659; Nemocnice AGEL Podhorská a.s., Hornoměstská 549/16, 795 01 Rýmařov, IČO 476 68 989; Nemocnice AGEL Český Těšín a.s., Ostravská 783, 737 01 Český Těšín, IČO 258 97 551; Nemocnice AGEL Jeseník a.s., Lipovská 103/39, 790 01 Jeseník, IČO 479 73 927; AGEL Hornická poliklinika s.r.o., Sokolská třída 2587/81, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava, IČO 476 68 580; Nemocnice AGEL Říčany a.s., Smiřických 315/26, 251 01 Říčany, IČO 273 65 867

Souhlas s laboratorním genetickým vyšetřením Panorama™

Jméno vyšetřované/ho:

Rodné číslo:.....

Účel genetického laboratorního vyšetření :

- neinvazivní vyšetření trizomií chromozomů 21, 18, 13 a aneuploidií chromozómů X a Y, cena: 12 000 Kč
 včetně del 22q11.2, cena: 14 000 Kč
 včetně panelu mikrolečnic syndromů, cena: 16 000 Kč

Vzorek ke genetickému vyšetření: *periferní krev těhotné*

A. Prohlášení lékaře – vyplňuje lékař

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou výpovědní schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu s riziky neočekávaných nálezů, s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak. Informace o pohlaví plodu sdělím se souhlasem a na žádost vyšetřované osoby či zákonného zástupce dotyčného až po dokončeném 12.týdnu těhotenství (nejde-li o vyšetření pro nemoc vázanou na pohlaví).

Jméno lékaře:

Razítko a podpis, datum:

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v přiměřeném čase promyslet, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Dále prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny skutečnosti významné pro posouzení mého zdravotního stavu. Akceptuji upozornění, že v případě nepravdivosti tohoto prohlášení nejsou společnost Bioptická laboratoř s.r.o. ani ošetřující lékař odpovědní za tím způsobeně následky. Zavazuji se, že dojde-li k jakékoliv podstatné změně, budu společnost Bioptická laboratoř s.r.o. neprodleně písemně informovat.

- **Přeji / nepřeji*** si být informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji / nepřeji*** si být informován/a o pohlaví plodu po dokončeném 12. týdnu těhotenství (nejde-li o vyšetření pro nemoc vázanou na pohlaví)

– Přeji si, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno: Adresa:

- **Souhlasím / nesouhlasím*** s uchováním mé DNA pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny.
- **Souhlasím / nesouhlasím*** s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu a zveřejněním získaných výsledků v odborných publikacích.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením popsaného genetického laboratorního vyšetření. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že jsem všem údajům, poučením a souhlasům, které mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl/a.

V dne

.....
podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

Jméno zákonného zástupce: Datum narození:

Vztah k vyšetřované osobě:

* *nehodící se škrtněte*

ŽÁDANKA KE KLINICKOGENETICKÉMU VYŠETŘENÍ

Prosím o genetickou konzultaci, která je nezbytnou součástí pro laboratorní genetické vyšetření aneuploidií plodu(ů) z krve matky.

Indikující lékař: Dne: