

# KOMPLEXNÍ POUKAZ NA LABORATORNÍ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ SAMOPLÁTCE



## ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ / LÉKAŘ

Jméno a příjmení lékaře:

IČZ:

Razítko a podpis lékaře:  
(adresa, telefon, e-mail)

Tímto podpisem stvrzuji, že byl odběr proveden s informovaným souhlasem pacienta.

## PACIENT

Jméno a příjmení:

Pohlaví:  Muž  Žena

Číslo pojištěnce (rod. č.):

Datum narození:

Tel.:

Bydliště:

E-mail:

## ODEBRANÝ MATERIÁL

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bukální stěr (B)    | Periferní krev v EDTA (molekulární genetik) (K) |
| <input type="checkbox"/> Cervikální stěr (C) | Periferní krev v heparinu (cytogenetik) (KH)    |
| <input type="checkbox"/> Plodová voda (AMC)  | Choriové kiky (CVS)                             |
| <input type="checkbox"/> Abort (AB)          | Fetální krev v EDTA/heparinu (FK)               |
| <input type="checkbox"/> Uretrální stěr (U)  | Mikrobiální stěr (M)                            |
| <input type="checkbox"/> Jiný typ, uveďte:   |   |

V případě odběru bukálního stěru samotným pacientem:  
Potvrzuji, že odebraný vzorek bukálního stěru je můj vlastní.

Podpis pacienta

Datum / čas odběru:

Datum a čas příjmu:

Číslo žádanky:

Zkratka: A – akreditovaná metoda GHC GENETICS s.r.o., AP – akreditovaná metoda Laboratoře lékařské genetiky, s.r.o.

## POUČENÍ KLIENTA O CENĚ ZA ZDRAVOTNÍ VÝKON:

Samoplátce byl zdrav. pracovníkem poučen o ceně za zdravotní výkon a dobrovolně se rozhodl tento výkon uskutečnit. **Klient prohlašuje, že byl poučen, že v některých případech může být výkon rovněž hrazen z veřejného zdravotního pojištění a klient požaduje poskytnutí výkonu za přímou úhradu. Klient se zavazuje zaplatit výše uvedenou cenu za zdravotní výkon do 14-ti dní ode dne podpisu žádanky.** Vyšetření bude vykonané po přijetí úhrady na bankovní účet a daňový doklad bude zaslán na výše uvedenou adresu anebo si ho může klient převzít osobně. Samoplátce uhradí uvedenou sumu:

A) **bankovním převodem** na č. ú. 1990237/0100 (VS: rodné číslo bez lomítka). IBAN: CZ53 0100 0000 0000 0199 0237, SWIFT: KOMBCZPP  
B) **v hotovosti** v registrační pokladně (osobně v sídle firmy)

V ..... dne ....., podpis pacienta:

**GHC GENETICS s.r.o.**, Krakovská 8, 110 00 Praha 1, IČ: 28188535  
**Bezplatná linka +420 800 390 390**, info@ghcgenetics.cz  
Akreditované podle ČSN EN ISO 15189:2013 pod číslem 8124,  
Certifikované podle ČSN EN ISO 9001:2015,  
ČSN EN ISO/IEC 27001:2006. [www.ghcgenetics.cz](http://www.ghcgenetics.cz)



F-139F

**Laboratoře lékařské genetiky s.r.o.** K Olšíně 193, 530 09 Pardubice, Na Biřičce 360, 500 08 Hradec Králové, IČ:03909689  
**Tel.: +420 466 611 203**, info@genetikapardubice.cz,  
Akreditované podle ČSN EN ISO 15189:2013 pod číslem 8080  
[www.genetikapardubice.cz](http://www.genetikapardubice.cz)



M 0080

## KOMPLEXNÍ GENETICKÁ VYŠETŘENÍ

| Název vyšetření                                 | Specifikace vyšetření   | Materiál | Cena (Kč) |
|---|---|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> <b>GenScan®</b>        | Komplexní prediktivní genetická analýza, USB disk, výsledná genetická zpráva  | K, B     | 17 600,-  |
| <input type="checkbox"/> <b>GynGen®</b>         | Komplexní prediktivní genetická analýza pro ženy, USB disk, výsledná genetická zpráva   | K, B     | 5 800,-   |
| <input type="checkbox"/> <b>GenForMen®</b>      | Komplexní prediktivní genetická analýza pro muže, USB disk, výsledná genetická zpráva   | K, B     | 5 800,-   |
| <input type="checkbox"/> <b>AteroGen®</b>       | <i>APOB-100</i> (p.R3500Q); <i>APOE</i> (alely E2,E3,E4); <i>GPIIIa</i> (p.L33P); <i>ACE</i> (ins/del 287kb); <i>FGB</i> (c.-455G>A); <i>NOS3</i> (c.-786T>C, c.894G>T); <i>LTA</i> (c.804C>A)  | K, B     | 3 500,-   |
| <input type="checkbox"/> <b>TromboGen®</b>      | <i>FV</i> (Leidská mutace c.1691G>A), <i>FII</i> (Protrombin, c.20210G>A), <i>MTHFR</i> (c.677C>T, c.1298A>C)   | K, B     | 1 800,-   |
| <input type="checkbox"/> <b>TromboGen Plus®</b> | <i>FV</i> (Leidská mutace c.1691G>A), <i>FII</i> (Protrombin, c.20210G>A), <i>MTHFR</i> (c.677C>T, c.1298A>C), <i>PAI-1</i> (alela 4G/5G)   | K, B     | 2 500,-   |
| <input type="checkbox"/> <b>DentalGen®</b>      | <i>IL-1A</i> (c.-899C>T); <i>IL-1B</i> (c.3953C>T); HLA-alely DRB1*04; Bakteriální detekce: <i>A. actinomycetemcomitans</i> , <i>C. rectus</i> , <i>C. sputigena</i> , <i>C. gingivalis</i> , <i>P. micra</i> , <i>E. nodatum</i> , <i>E. corrodens</i> , <i>F. nucleatum</i> , <i>P. gingivalis</i> , <i>P. intermedia</i> , <i>T. forsythia</i> , <i>T. denticola</i> | M        | 3 000,-   |

## HEMATOGENETIKA/KARDIOGENETIKA

| Název vyšetření   | Specifikace vyšetření   | Materiál | Cena (Kč)        |
|---|---|----------|------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Trombofilie Faktor V a II</b>   | <i>F5</i> (Leidská mutace c.1691G>A), <i>F2</i> (Protrombin, c.20210G>A)                | K, B     | 800,-<br>1 000,- |
| <input type="checkbox"/> <b>Trombofilie Faktor V</b>  | <i>F5</i> (Leidská mutace c.1691G>A)  | K, B     | 600,-            |
| <input type="checkbox"/> <b>Trombofilie Faktor II</b>   | <i>F2</i> (Protrombin, c.20210G>A)  | K, B     | 600,-            |
| <input type="checkbox"/> <b>Trombofilie Faktor V/R2</b>   | <i>F5/R2</i> (p.H1299R)   | K, B     | 600,-            |
| <input type="checkbox"/> <b>Trombofilie Faktor XIII</b>   | <i>F13A1</i> (p.V34L)   | K, B     | 600,-            |
| <input type="checkbox"/> <b>Trombofilie MTHFR</b>   | <i>MTHFR</i> (c.677C>T, c.1298A>C)  | K, B     | 800,-            |
| <input type="checkbox"/> <b>Trombofilie PAI-1</b>   | <i>PAI-1</i> (alela 4G/5G), gen <i>SERPINE1</i>   | K, B     | 800,-            |
| <input type="checkbox"/> <b>Familiární hypercholesterolémie</b>   | <i>APOB-100</i> (p.R3500Q)  | K, B     | 700,-            |
| <input type="checkbox"/> <b>Hyperlipoproteinémie/ Ateroskleróza/ Ischemická srdeční choroba/ Alzheimerova choroba</b> | <i>APOE</i> (alely E2, E3, E4)  | K, B     | 2 200,-          |
| <input type="checkbox"/> <b>Hypertenze/ Ischemická srdeční choroba</b>  | <i>ACE</i> (inzerce/delece 287 kb)  | K, B     | 2 200,-          |
| <input type="checkbox"/> <b>Chronická obstrukční plicní nemoc/ Emfyzém plic</b>                                       | Deficit $\alpha$ 1-Antitrypsinu, <i>SERPINA1</i> , alela S (p.E264I), alela Z (p.E342K) | K, B     | 2 200,-          |
| <input type="checkbox"/> <b>Hemochromatóza</b>  | <i>HFE</i> (p.C282Y, p.H63D)  | K, B     | 2 200,-          |
| <input type="checkbox"/> <b>Gilbertův syndrom</b>   | <i>UGT1A1</i> (promotor, TATA box)  | K, B     | 700,-            |

## TRANSPORTNÍ PODMÍNKY:

**Typ vzorku (Zkratka):** Objem, typ media; Čas dodání vzorku od odběru. **Teplota transportu všech vzorků: 4–25°C, nezmrazit!**

**Periferní krev v EDTA (K):** 2–5 ml/EDTA; do 72 h.

**Plodová voda (AMC):** 15–20 ml; do 12 h.

**Periferní krev v heparinu (KH):** 3–6 ml v heparinu; do 72 h.

**Bukální stěr (B):** stěrová tyčinka, bez media; do 5 kalendářních dní

**Choriové kiky (CVS):** ve fyziologickém roztoku, nebo kultivačním médiu; do 24 h.

**Abort (AB):** tkáň abortu ve fyziologickém roztoku, nebo v kultivačním médiu; do 24 h.

**Fetální krev (FK):** 3–6 ml v heparinu (cytogenetik)/EDTA (mol. genetik); do 12 h.

**Cervikální stěr (C):** Copan® Swab – Speciální odběrová souprava dodaná naší laboratoří; do 24 h.

**Uretrální stěr (U):** Copan® Swab – Speciální odběrová souprava dodaná naší laboratoří; do 24 h.

**Mikrobiální stěr (M):** Periodontis Plus® – Speciální odběrová souprava dodaná naší laboratoří; do 24 h.

## IMUNOGENETIKA

| Název vyšetření   | Specifikace vyšetření  | Materiál | Cena (Kč) |
|---|--|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Celiakie   | HLA alely DQA1, DQB1 (haplotypy DQ2 <sub>cis</sub> , DQ2 <sub>trans</sub> , DQ8) | K, B     | 2 200,-   |
| <input type="checkbox"/> Laktózová intolerance                            | LCT (C/T-13910, G/A-22018)   | K, B     | 1 900,-   |
| <input type="checkbox"/> Hereditární fruktózová intolerance               | ALDOB (del4E4, p.A149P, p.A174D, p.N334K)  | K, B     | 1 900,-   |
| <input type="checkbox"/> Histaminová intolerance                          | AOC1 (4 vybrané mutace)  | K, B     | 1 900,-   |
| <input type="checkbox"/> Ankylozující spondylitida (Bechtěrevova choroba) | HLA (alela B27) <b>A/AP</b>  | K, B     | 1 100,-   |

## FARMAKOGENETIKA

| Název vyšetření                                  | Specifikace vyšetření                     | Materiál | Cena (Kč) |
|--|---|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Metabolismus xenobiotik | GSTT1 (del), GSTM1 (del), GSTP1 (p.1105V) | K, B     | 1 000,-   |

## HEREDITÁRNÍ NÁDOROVÉ SYNDROMY

| Název vyšetření   | Specifikace vyšetření  | Materiál | Cena (Kč) |
|---|--|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Hereditární karcinom prsu a ovarií (HBOC)                            | BRCA1, BRCA2, PALB2 – celé geny<br>CHEK2 (c.1100delC, delece exonů 9-10) <b>A/AP</b>   | K        | 25 000,-  |
| <input type="checkbox"/> BRCAscreen   | BRCA1: c.68_69del2, c.181T>G, c.3642_3643delGA,<br>c.3700_3704del5, c.5266dupC<br>BRCA2: c.8537_8538del2, c.7913_7917del5 <b>A</b>       | K, B     | 1 500,-   |
| <input type="checkbox"/> Panel genů asociovaných s onkologickými dědičnými syndromy           | <input type="checkbox"/> 48 vysoko/středně-rizikových genů   | K        | 35 000,-  |
| <input type="checkbox"/> Rozšířený panel genů asociovaných s onkologickými dědičnými syndromy | <input type="checkbox"/> 219 rizikových genů   | K        | 40 000,-  |
| <input type="checkbox"/> Prediktivní test specifické mutace                                   | Gen .....<br>Mutace .....<br>Metoda: <input type="checkbox"/> MLPA <input type="checkbox"/> Sanger sekv. <input type="checkbox"/> RT-PCR | K, B     | 5 000,-   |

## DALŠÍ HEREDITÁRNÍ CHOROBY

| Název vyšetření                                       | Specifikace vyšetření                      | Materiál | Cena (Kč) |
|---|--|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Cystická fibróza             | CFTR (50 mutací + IVS8-polyTG) <b>A/AP</b> | K, B     | 9 500,-   |
| <input type="checkbox"/> Syndrom fragilního X (FRAXA) | FMR1                                       | K        | 5 000,-   |
| <input type="checkbox"/> Spinální muskulární atrofie  | SMN1, SMN2, MLPA <b>AP</b>                 | K        | 9 800,-   |
| <input type="checkbox"/> Mikrodelece Y-chromozomu     | AZFa, AZFb, AZFc, celkem 14 lokusů vč. SRY | K, B     | 4 000,-   |
| <input type="checkbox"/> Mikrodeleční syndromy        | MLPA                                       | K        | 9 800,-   |

## CYTOGENETIKA (transport do 24 hod., AMC citlivá, optimálně analyzovat do 12 hod.)

| Název vyšetření  | Specifikace vyšetření                   | Materiál             | Cena (Kč) |
|--|---|----------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Karyotyp (chromoz. vyšetření, G-pruhy)                        | G-band barvení <b>AP</b>                | KH, AMC, CVS, AB, FK | 6 000,-   |
| <input type="checkbox"/> Získané chromozomové aberace (ZCA, zlomy)                     | Analýza zlomových míst chromozomů       | KH                   | 3 000,-   |
| <input type="checkbox"/> Vyšetření gonozomální mozaiky                                 | Chromozomy X/Y <b>AP</b>                | KH, AMC, CVS, AB, FK | 7 000,-   |
| <input type="checkbox"/> FISH – aneuploidie chr. 13                                    | Chromozom 13 <b>AP</b>                  | AMC, CVS, AB         | 7 000,-   |
| <input type="checkbox"/> FISH – aneuploidie chr. 18                                    | Chromozom 18 <b>AP</b>                  | AMC, CVS, AB         | 7 000,-   |
| <input type="checkbox"/> FISH – aneuploidie chr. 21                                    | Chromozom 21 <b>AP</b>                  | AMC, CVS, AB         | 7 000,-   |
| <input type="checkbox"/> Komplexní FISH – aneuploidie                                  | Chromozomy 13, 18, 21, X, Y             | AMC, CVS, AB         | 8 000,-   |
| <input type="checkbox"/> Mikrodeleční syndromy   | FISH                                    | KH, AMC, CVS, AB, FK | 7 000,-   |
| <input type="checkbox"/> PCR diagnostika – aneuploidie – nutné dodat i krev probandky! | Chromozomy 13, 15, 16, 18, 21, 22, X, Y | K, AMC, CVS, AB, FK  | 6 000,-   |
| <input type="checkbox"/> Jiné vyšetření (po domluvě s laboratoří):                     |   |                      |           |

## DALŠÍ GENETICKÉ TESTY

| Název vyšetření   | Specifikace vyšetření   | Materiál | Cena (Kč) |
|---|---|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Sexuálně přenosné choroby (STD)      | HPV DNA (HR/LR); HSV1/2 DNA; Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum | C, U     | 2 500,-   |
| <input type="checkbox"/> Lidské papilomaviry: skrining HR-HPV | HPV-HR 16, 18 a HPV-LR 6, 11  | C, U     | 2 200,-   |
| <input type="checkbox"/> Lidské papilomaviry: HPV genotypy    | HR-HPV (16, 18, 45, 30 a 50); LR-HPV (6, 11)  | C, U     | 2 500,-   |
| <input type="checkbox"/> Rezistence proti HIV                 | CCR5 (delece 32 bp)   | K, B     | 1 000,-   |
| <input type="checkbox"/> Alopecie (Plešatost)                 | EDA2R, AR (5 vybraných mutací)  | K, B     | 2 300,-   |
| <input type="checkbox"/> Testy otcovství                      | Autosomální STR sekvence  | K, B     | 4 000,-   |
| <input type="checkbox"/> Izolace DNA                          | Izolace DNA z primárního vzorku, změření koncentrace a čistoty DNA                            | K, B     | 400,-     |

## GENETICKÁ KONZULTACE

| Název vyšetření                               | Specifikace vyšetření   | Cena (Kč) |
|---|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Vstupní konzultace   | Při vstupní konzultaci je klinickým genetikem zjišťována osobní a rodinná anamnéza a klient je plně informován a poučen o vyžádaném vyšetření. Po zhodnocení anamnézy mohou být některá z doporučených vyšetření hrazena ze ZP. | 1 400,-   |
| <input type="checkbox"/> Závěrečná konzultace | Při závěrečné konzultaci je klientovi doporučena příslušná preventivní péče a případně je mu předána žádanka na další vyšetření na základě výsledků provedené genetické analýzy.  | 2 300,-   |