

Zdravotnické zařízení/lékař	
<b>Jméno a příjmení lékaře:</b>	<b>Razítko a podpis lékaře:</b> (adresa, telefon, fax, e-mail)
<b>Specializace:</b>	
<b>IČZ:</b>	
Tímto podpisem stvrzuji, že byl odběr proveden s informovaným souhlasem pacienta.	

Pacient	
<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>Zdravotní pojišťovna:</b>
<b>Rodné číslo:</b>	Telefon:
<b>Bydliště:</b>	E-mail:
<b>Základní diagnóza:</b>	<b>Ostatní diagnózy:</b>
<b>Indikace k vyšetření:</b>	

Materiál primárního odběru	
<b>Odebraný materiál:</b> <input type="checkbox"/> Jiný, uveďte: <input type="checkbox"/> Venózní krev v EDTA <input type="checkbox"/> Bukální stěr*	*V případě odběru bukálního stěru samotným pacientem: <b>Potvrzuji, že odebraný vzorek bukálního stěru je můj vlastní.</b>  ..... Podpis pacienta
<b>Datum/čas odběru:</b>	<b>Číslo objednávky:</b>

Obj.	Vyšetření	Statim	Gen/ mutace	Odběr	Výsledek <sup>1</sup>
<b>Hematologie</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>Faktor V<sup>A</sup></b>	<input type="checkbox"/> 5 dnů	<i>FV/ Leidenská mutace</i>	<b>K, B</b>	<b>10 dnů</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Faktor V</b>	---	<i>FV/ R2 (H1299R)</i>	<b>K, B</b>	<b>10 dnů</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Faktor II<sup>A</sup></b>	<input type="checkbox"/> 5 dnů	<i>FII (Protrombin)/ G20210A</i>	<b>K, B</b>	<b>10 dnů</b>
<input type="checkbox"/>	<b>MTHFR<sup>A</sup> *</b>	---	<i>MTHFR/ C677T, A1298C</i>	<b>K, B</b>	<b>10 dnů</b>
<input type="checkbox"/>	<b>PAI-1<sup>A</sup> *</b>	---	<i>PAI-1/ 4G/5G</i>	<b>K, B</b>	<b>10 dnů</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Faktor XIII</b>	---	<i>F13A1/ V34L</i>	<b>K, B</b>	<b>10 dnů</b>
<b>Kardiovaskulární choroby</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>Familiární defekt ApoB-100</b>		<i>ApoB-100/ R3500Q</i>	<b>K, B</b>	<b>10 dnů</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ApoE</b>		<i>ApoE/ alely E2/E3/E4</i>	<b>K, B</b>	<b>10 dnů</b>
<input type="checkbox"/>	<b>HPA1</b>		<i>GPIIIa/ L33P (1a/b)</i>	<b>K, B</b>	<b>10 dnů</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ACE</b>		<i>ACE/ I/D (inzerce/delece)</i>	<b>K, B</b>	<b>10 dnů</b>
<input type="checkbox"/>	<b>β-fibrinogen</b>		<i>FGB/ -455G&gt;A</i>	<b>K, B</b>	<b>10 dnů</b>

**Vysvětlivky:**

\* - Indikující lékař vždy odpovídá za to, že indikace je v souladu s doporučenými postupy příslušných odborných společností a které jsou akceptovány zdravotními pojišťovnami.

Obj.	Vyšetření	Gen/ mutace	Odběr	Výsledek
<b>Další nabízená vyšetření</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Mikrodelece Y-chromozomu</b>	AZFa, AZFb, AZFc/ celkem 14 lokusů vč. SRY	K	10 dnů
<input type="checkbox"/>	<b>Cystická fibróza</b>	<input type="checkbox"/> CFTR/ deltaF508	K, B	15 dnů
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> CFTR/ 50 mutací + Tn varianty IVS8	K, B	15 dnů
<input type="checkbox"/>	<b>Ankylozující spondylitis (Bechtěrevova choroba)</b>	HLA alela B27	K, B	10 dnů
<input type="checkbox"/>	<b>Celiakie</b>	HLA alely II. třídy/ haplotypy DQ2.5 <sub>cis</sub> , DQ2.5 <sub>trans</sub> , DQ8.1	K, B	10 dnů
<input type="checkbox"/>	<b>Laktózová intolerance</b>	LCT/ -13910 T/C, -22018 A/G	K, B	10 dnů
<input type="checkbox"/>	<b>Hereditární fruktózová intolerance</b>	AldoB/ del4E4, A149P, A174D, N334K	K, B	10 dnů
<input type="checkbox"/>	<b>Hemochromatóza</b>	HFE/ C282Y, H63D, S65C	K, B	10 dnů
<input type="checkbox"/>	<b>Morbus Gilbert</b>	UGT1A1/ TATA box	K, B	10 dnů
<input type="checkbox"/>	<b>Beta - thalassémie</b>	$\beta$ -globin/ 22 mutací (MED)	K, B	15 dnů
<input type="checkbox"/>	<b>Deficit <math>\alpha</math>1-antitrypsinu</b>	SERPINA1/ alela S (p.Glu264Val) a alela Z (p.Glu342Lys)	K, B	10 dnů
<b>Farmakogenetika</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Metabolismus kumarinu</b> /léčba Warfarinem/	CYP2C9/ 430C>T, 1075A>C; VKORC1/ -1639G>A	K, B	3 dny
<input type="checkbox"/>	<b>Chemoterapie 5-FU<sup>2</sup></b> /před léčbou/	DPYD/ IVS14+1G>A	K, B	3 dny
<input type="checkbox"/>	<b>Metabolismus thiopurinů</b> /léčba azathioprinem/	TPMT/ G238C, G460A, A719G	K, B	3 dny
<b>Izolace DNA</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Izolace DNA</b>	Izolace DNA z primárního vzorku a změření koncentrace a čistoty DNA	K, B	2 dny

**Vysvětlivky:**

1 – Uvedené termíny jsou v pracovních dnech a nezapočítává se do nich doba odeslání z/do laboratoře

2 – Vyšetření indikuje onkolog

A – Metoda akreditována ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189:2013

**Typy primárních vzorků a pokyny k odběru:**

K – 2-5 ml venózní krve do EDTA

B – Bukální stěr

Obj.	Vyšetření	Statim	Gen/ mutace	Odběr	Výsledek <sup>1</sup>
<b>Hematologie - vyšetření u myeloproliferativních onemocnění</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>BCR/ABL<sup>2</sup></b>	---	BCR/ABL fúzní gen	K (10ml)	7 dnů
<input type="checkbox"/>	<b>JAK2<sup>2</sup></b>	<input type="checkbox"/> 3 dny	JAK2/ V617F	K (10ml)	5-7 dnů
<b>Při negativním výsledku vyšetření mutace JAK2/ V617F požadujeme dále vyšetřit:</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>CALR<sup>2</sup></b>	---	CALR/ exon 9	K (10ml)	15 dnů

**Vysvětlivky:**

1 – Uvedené termíny jsou v pracovních dnech a nezapočítává se do nich doba odeslání z/do laboratoře

2 – Pro toto vyšetření přijímáme pouze odběry, které byly provedeny ve dnech PO, ÚT, ST (odeslané nejpozději ve středu). **Vyšetření je možné pouze u vzorků, které budou do naší laboratoře doručeny do 24 hodin od odběru.**

**Typy primárních vzorků a pokyny k odběru:**

K – 10 ml venózní krve do EDTA

**Laboratoř GHC GENETICS je akreditována ČIA (Český institut pro akreditaci) jako zdravotnická laboratoř č. 8124 dle normy ČSN EN ISO 15189:2013, rozsah akreditace je uveden na <http://www.ghcgenetics.cz/Certifikace/>**

**Laboratoř GHC GENETICS je certifikována dle ČSN EN ISO 9001:2009 a dle ČSN ISO/IEC 27001:2014 v oborech:**

Provádění prediktivních genetických analýz vzorků DNA za účelem prevence nemocí. Provádění forenzních genetických analýz vzorků DNA. Provádění diagnostických genetických testů za účelem detekce a prevence geneticky podmíněných nemocí.

Společnost GHC GENETICS, s.r.o. je registrována u Úřadu pro ochranu osobních údajů.