



## VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

### I. interní klinika – Hematoonkologická laboratoř |

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

Vedoucí laboratoře: MUDr. Jan Molinský, PhD | email: [Jan.Molinsky@vfn.cz](mailto:Jan.Molinsky@vfn.cz) | tel.: 224 96 3113, 2560

Žádanka | F-I.IK-LAB-03 | strana 1 z 1 | verze 6

## ŽÁDANKA NA MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ

<b>Jméno a příjmení:</b> <b>Rodné číslo:</b> <b>Kód pojišťovny:</b> <b>Diagnóza:</b> <b>Pohlaví:</b>	<b>Ordinující lékař (razíko, IČP, odbornost, podpis):</b>  <b>Adresa pracoviště:</b>
<b>Materiál k vyšetření:</b> <input type="checkbox"/> <b>Periferní krev</b> (6-9 ml periferní krve do zkumavky s K <sub>3</sub> EDTA - u leukopenických pacientů 2 zkumavky) <input type="checkbox"/> <b>Kostní dřeň</b> (2-3 ml kostní dřeně do zkumavky s K <sub>3</sub> EDTA) <input type="checkbox"/> <b>Lymfatická uzlina</b> (do sterilní zkumavky nativně) <input type="checkbox"/> <b>Jiné</b> .....	
<b>Pacient NĚsouhlasí*:</b> <input type="checkbox"/> s vyšetřením DNA <input type="checkbox"/> s anonymním využitím DNA k výzkumným účelům <input type="checkbox"/> s uskladněním DNA <small>(*pacient souhlasí: informovaný souhlas uložen v dokumentaci pacienta – indikující lékař zasláním žádanky garantuje jeho sepsání)</small>	<b>Datum a čas odběru:</b>
<b>Požadované vyšetření :</b> <input type="checkbox"/> Detekce klonality B lymfocytů  <input type="checkbox"/> Detekce translokace t(14;18) (DLBCL, FL)  <input type="checkbox"/> Detekce translokace t(11;14) (MCL)	<b>Epikríza + důvod vyšetření:</b>
<b>Vyplňuje laboratoř:</b> Číslo materiálu:  Datum a čas přijetí:	Převzal a přezkoumal:

Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a dle pokynů Laboratorní příručky <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/i-interni-klinika-hematologie/laborator/>