Poukaz na laboratorní vyšetření - **CGB laboratoř a.s.**, Kořenského 6, 703 00 Ostrava 3

Laboratoř molekulární genetiky – tel/fax: 595 700 995; 595 700 113; 725 880 733

Cytogenetická laboratoř - tel.: 595 700 161, 607 213 747; fax: 595 700 176

Číslo žádanky

Příjmení Jméno		Základní diagnóza	
		Ostatní diagnózy	
Rodné číslo		Datum /čas odběru	
Zdravotní pojišťovna	Číslo pojištěnce	**Druh primárního vzorku**	
	Bydliště Telefon	☐ periferní krev ☐ tkáň ☐ parafinový blok ☐ stěr ☐ kostní dřeň ☐ plodová voda ☐ moč ☐ spec.odběr. souprava ☐ jiný……	

Hematologie		**Onkogenetika**		**Extrahumánní genom**	
FV Leiden (c.1601G>A)		BRCA1, BRCA2 - kompletní analýza		Chlamydia trachomatis	
Prothrombin (20210G>A)		BRCA1, BRCA2 - konfirmace		Neisseria gonorhoeae	
MTHFR (c.665C>T)		BRCA1, BRCA2 - prediktivní test		Průkaz HR-HPV DNA	
MTHFR (c.1286A>C)		BRCA1, BRCA2 - populačně spec. mutace		Mycoplasma hominis / genitalium	
PAI-1 (4G/5G)		KRAS		Ureaplasma parvum / urealyticum	
FXIII (c.103G>T)		NRAS		**Ostatní**	
GPIa (c.807C>T)		BRAF		Amnio-PCR (QF-PCR; chromosomy 13,18,21,X,Y)	
GPIIIa (c.176T>C)		PIK3CA		Potraty (chromosomy. 13,15,16,18,21,22,X,Y)	
ACE (inzerce/delece)		AKT1		PGD – arrayCGH (24 chromosomů)	
Fibrinogen (c.-455G>A)		Metylovaný septin 9		Stanovení pohlaví plodu z periferní krve matky	
FV R2 (c.3980A>G)		MGMT - nádory mozku			
EPCR (A1, A2, A3)		IDH1, IDH2 - nádory mozku			
ApoE (E2, E3, E4)		EGFR - ca plic			
ApoB100 (c.10580G>A)		c-kit (exon 9,11,13,17) - GIST			
		PDGFRα (exon 12,14,18) - GIST			

Onkohematologie		**Geneticky podmíněné choroby**		**Geneticky podmíněné choroby**	
Fúzní gen BCR/ABL		Gilbertův syndrom - UGT1A1 (TATA box)		Laktózová intolerance - LCT	
JAK-2 (p.V617F)		Wilsonova choroba - ATP7B (4 mutace)		Hereditární fruktózová intolerance - AldoB	
JAK-2 (exon 12)		Hemochromatóza (C282Y, H63D, S65C)		Astma - ADRB2 (Arg16, Gln27)	
CALR gen (exon 9)		Hemochromatóza (rozšířená analýza)			
MPL gen (p.W515L, p.W515K)		Cystická fibróza - CFTR (19 mutací)			
Fúzní gen FIP1L1-PDGFRα		Cystická fibróza - CFTR (35 mutací + Tn varianty)			
		Mikrodelece na chromozomu Y			
		Crohnova choroba - NOD2/CARD15			
		Celiakální sprue (HLA alely II. třídy)			
		Smith-Lemli-Opitz syndrom - DHCR7 (12 mutací)			
		Spinální muskulární atrofie – SMA (SMN1 exon7)			

☐	Izolace DNA	Zaslat na vyšetření:
☐	Uložení DNA do banky	

Na specializované pracoviště:

CYTOGENETICKÁ VYŠETŘENÍ

☐	Vyšetření karyotypu
☐	FISH
☐	Test fragmentace DNA spermií

Odesílající lékař Jméno, Adresa		IČZ, odbornost	
		Telefon, fax	
		E-mail	

Odběr krve k vyšetření lidské DNA byl proveden s informovaným souhlasem pacienta, zaslán do laboratoře a kopie uložena v lékařské dokumentaci.

Razítko a podpis lékaře

verze 04102016

Příjem vzorku CGB laboratoří a.s.: ..... (datum + podpis)