**VYPLNÍ LÉKAŘ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identifikační údaje - pacient** | | **Identifikační údaje - zadavatel** | |
| Číslo pojištěnce: | | IČP: | |
| Pojišťovna: | | Jméno a příjmení lékaře: | |
| Jméno: | | Adresa a odbornost lékaře: | |
| Příjmení: | |
| Datum narození: | | Telefon: | |
| Pohlaví (M/Ž): | | Razítko a podpis lékaře-genetika: | |
| Dg. + poznámka lékaře: | |
| **Identifikační údaje - vzorek** | | | |
| Datum a čas odběru: | | Typ materiálu: | |
| Odběr provedl: | | Poznámka k odběru: | |
| Informovaný souhlas: | | je je přiložen k žádance | | je k dispozici u lékaře **(pouze VFN, prosíme zašlete kopii)** |
| Pacient souhlasí: | | s vyšetřením vzorku | | s uskladněním vzorku |
|  | | s anonymním využitím vzorku  k výzkumným účelům | | s anonymní publikací výsledků vyšetření  k vědeckým a výukovým účelům |
| Pacient žádá: | | likvidaci vzorku po ukončení vyšetření | | |

**Požadované vyšetření (v závorce uvedeny primárně vyšetřované geny):**

|  |
| --- |
| **Dilatační kardiomyopatie** (TTN, MYH7, MYBPC3, TNNT2, TNNI3, TPM1, LMNA, ACTC1) |
| **Hypertrofická kardiomyopatie** (MYH7, MYBPC3, TNNT2, TNNI3, TPM1) |
| **Arytmogenní kardiomyopatie** (PKP2, DSP1, DSG2, DSC2) |
| **Restriktivní kardiomyopatie** (MYH7, TNNT2, TNNI3, ACTC1) |
| **Nonkompaktní kardiomyopatie** (TTN, MYH7, MYBPC3, TNNT2, TNNI3, TPM1, LMNA, ACTC1) |
| **Fabryho choroba** (GLA) |
| **Jiné/další geny** (vypište jiné/další geny, které mají být vyšetřeny z panelu uvedeného v příloze k Osvědčení o akreditaci – zvěřejněna na webových stránkách ÚLBLD). V případě nejasností kontaktujte laboratoř. |
|
|  |

**VYPLNÍ LABORATOŘ**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum a čas příjmu (LMB): | Přidělený kód vzorku: |
| Vzorek přijal a přezkoumal (LMB): | Podmínky transportu: |
| Poznámka laboratoře:  Verze: 01 | |

**Vyšetření pouze po předběžné dohodě s laboratoří**