

Centrum lékařské genetiky – laboratoř
Tel. 54313 6713, 6913, 6601

Požadavek na laboratorní molekulárně-genetické vyšetření Farmakogenetika

Příjmení, jméno pacienta:		
Číslo pojištěnce:	Zdravotní pojišťovna:	
Číslo pasu (u cizinců)	Muž:	Žena:
Bydliště:		
Základní diagnóza:	Ostatní dg.:	

Druh vzorku: DNA krev (K3 EDTA): jiné Datum a čas odběru:

Požadováno:

- izolace DNA uložení DNA s možností doplňujícího vyšetření
- požadována likvidace DNA po ukončení vyšetření (neumožňuje dodatečný požadavek)
- souhlasí / nesouhlasí s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

Cílené molekulárně genetické vyšetření (farmakogenetika)

- Gilbertův syndrom (vyšetření promotoru UGT1A1 genu alela *28)
- DPYD (nejčastější populačně specifické mutace)
- Trombofilní mutace (FV Leiden a FII Protrombin)

Další poznámky:

Datum:	Indikující lékař
--------	------------------

IČP:

Podpis:

Adresa pro zaslání závěrečné zprávy:

Razítko indikujícího pracoviště:

--

Přijem materiálu: