

PRŮVODKA NA CYTOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ

Razítko, podpis, IČP, adresa, kontakt žadatele:	Odběr provedl:	Datum / čas odběru:	Číslo karty:
	Vzorek přijal:	Datum / čas přijetí v laboratoři:	Číslo vzorku:

INFORMACE O PACIENTOVI

Jméno:	Pohlaví:	Bydliště:
Příjmení:	<input type="checkbox"/> ŽENA <input type="checkbox"/> MUŽ	Telefon:
Číslo pojištěnce:	Datum narození:	E-mail:
Zdravotní pojišťovna:		Diagnóza:

ODEBRANÝ MATERIÁL / ODBĚROVÝ SYSTÉM	FISH	CHROMOZOMÁLNÍ VYŠETŘENÍ	ARRAY CGH (ČIP)
Periferní krev Vacuette - heparin (zelené víčko)	Pohlavní chromozomy	Karyotyp	
Plodová voda Vacuette - žluté víčko	SHOX	ZCA	
Choriové klky Vacuette - heparin (zelené víčko)	DiGeorge syndrom	Kultivace pro DNA vyšetření	
Potracená tkáň Sterilní nádoba s fyziologickým roztokem	PW/A syndrom	Sdělení pohlaví plodu: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Bukální stěr Sterilní nylonová výtěrka	Wolf-Hirschhorn syndrom	DALŠÍ ÚDAJE	
Fetální krev Vacuette - heparin (zelené víčko)	Williams-Beuren syndrom	Délka těhotenství dle ultrazvuku:	
Jiné	Malovací sondy	Poznámky:	DALŠÍ ÚDAJE A POZNÁMKY
	Jiné		