

**ŽÁDANKA NA PREIMPLANTAČNÍ VYŠETŘENÍ**

Laboratoř molekulární biologie

Vaše laboratoře s.r.o., U Lomu 638, 760 01 Zlín  
Výsledky, konzultace: 602 592 024

|  |  |
|--|--|
| Číslo pojištění:   | Kód pojišťovny:  |
| Jméno a příjmení:  | Datum a čas odběru:  |
| Diagnóza:  | Pohlaví - muž: <input type="checkbox"/> žena: <input type="checkbox"/> |
| STATIM: <input type="checkbox"/> Výsledky osobně: <input type="checkbox"/> Tel./Fax:   | Odběr provedl:   |
| Druh primárního vzorku - krev: <input type="checkbox"/> moč: <input type="checkbox"/> jiný:  | Razítko a podpis lékaře (IČP):   |
| Kontakt na pacienta:   |  |
| Klinické informace o pacientovi:   |  |
| V případě, že jde o vyšetření podléhající Zákonu č. 258/2000 Sb. v platném znění, uveďte prosím také bydliště pacienta, včetně telefonního kontaktu. | ATB terapie:   |

Příjem vzorků: 571 666 321

Svazová služba: pondělí - pátek 6<sup>30</sup> - 14<sup>30</sup> - 602 747 925, 602 264 514**TYP PREIMPLANTAČNÍHO VYŠETŘENÍ** PGS - screening aneuploidií PGD - detekce pohlaví PGD - chromosomální vada jiné**BIOPSIE (primární vzorek na preimplantační vyšetření):** blastomery trofektodermu pólóvá tělíska izolovaná DNA**INDIKACE** věk opakované spontánní potraty opakované neúspěchy IVF jiné

Důvod:

Karyotyp nosiče:

Popis:

**Časové požadavky** standardně - do 30 dnů k pozdějšímu transferu - do 60 dnů

Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že pacientem či zákonným zástupcem je podepsán IS, který je buď uložen v dokumentaci pacienta nebo je přiložen k této žádance, a že jsou splněny podmínky Zákona o specifických zdravotních službách (č. 373/2011 Sb., § 29, odst. 3).

**ZÁZNAMY LABORATOŘE**

Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:

Vzorek/žádanku přijal/a:

