

# ŽÁDANKA NA PREIMPLANTAČNÍ VYŠETŘENÍ



MDgK plus

Číslo pojištěnce:	Kód pojišťovny:	Datum odběru:
Jméno a příjmení:		Čas odběru:
Diagnóza:	Pohlaví - muž: <input type="checkbox"/> žena: <input type="checkbox"/>	Odběr provedl:
STATIM: <input type="checkbox"/> Výsledky osobně: <input type="checkbox"/> Tel./Fax:	Razítko a podpis lékaře (IČP):	
Druh primárního vzorku - krev: <input type="checkbox"/> moč: <input type="checkbox"/> jiný:		
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:

Zelená linka: 800 400 482, 800 110 210

Svazová služba: pondělí - pátek 6<sup>30</sup> - 16<sup>00</sup> - 602 747 925

## TYP PREIMPLANTAČNÍHO VYŠETŘENÍ

 PGS - screening aneuploidií PGD - detekce pohlaví PGD - chromosomální vada jiné

## BIOPSIE (primární vzorek na preimplantační vyšetření):

 blastomery trofektodermu pólová 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**Vaše laboratoře**Vaše laboratoře s.r.o., U Lomu 638 (Tomášov), 760 01 Zlín,  
tel: 577 001 100, mobil: 602 592 024

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:

