

ŽÁDANKA PRO GENETICKÉ VYŠETŘENÍ

LIČ:

KLIENT

Jméno: Příjmení: Pohlaví: žena/muž

Datum narození:

Informovaný souhlas pacienta:

Pojišťovna:

Samoplátce: ANO

Podpis:

Kontakt/adresa:

PRIMÁRNÍ VZOREK

periferní krev v EDTA*

bukální stěr

jiné.....

*** fialová vakueta, nesražená periferní krev**

Datum odběru:

Čas odběru:

LABORATORNÍ TESTY

HEMOKOAGULACE

Trombotest/Leidská mutace

Trombotest/mutace Protrombinu

Trombotest/MTHFR C667T

Trombotest/MTHFR A1298C

Rozšířený trombotest/ 8 mutací

POTRAVINOVÉ INTOLERANCE

Laktózová intolerance

Céliakie/stanovení vybraných alel HLA systému
asociovaných s rozvojem celiakální sprue

PREDISPOZICE PRO CIVILIZAČNÍ CHOROBY

Ateroskleróza

Alzheimerova choroba

Kardiovaskulární onemocnění

SPECIALIZOVANÁ VYŠETŘENÍ

Dědičné predispozice pro melanom

Bechtěrevova nemoc/ stanovení přítomnosti antigenu

HLA B27

JINÁ VYŠETŘENÍ

Gen Apo E samostatně

Gen COMT

Gen NQ01

Gen NFR2

LABORATOŘ

Vzorek přijal:

Datum/čas:

Podpis:

JINÉ VYŠETŘENÍ: