



ŽÁDANKA PRO GENETICKÉ VYŠETŘENÍ

LIČ:

KLIENT

Jméno: Příjmení: Pohlaví: žena/muž

Číslo pojištěnce:

Informovaný souhlas pacienta:

Pojišťovna:

Samoplátce: ANO

Podpis:

Kontakt/adresa:

PRIMÁRNÍ VZOREK

periferní krev v EDTA*

bukalní stěr

jiné.....

***fialová vakueta, nesražená periferní krev**

Datum odběru:

Čas odběru:

LABORATORNÍ TESTY

HEMOKOAGULACE

- Trombotest/Leidenská 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 NQO1
- Gen NRF2

LABORATOŘ

Vzorek přijal:

Datum/čas:

Podpis:

JINÉ VYŠETŘENÍ: