

ŽÁDANKA NA PREIMPLANTAČNÍ VYŠETŘENÍ

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: <input type="checkbox"/>	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:

Zelená linka: 800 400 482, 800 110 210**Svozová služba:** pondělí - pátek 6³⁰ - 16⁰⁰ - 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 tělíška 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 dnůVaše laboratoře s.r.o., U Lomu 638 (Tomášov), 760 01 Zlín,
tel: 571 666 900, 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:

