



Rodné číslo:	<input type="text"/>	Samoplatca: <input type="checkbox"/>	Adresa fakturácie:
Priezvisko:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Meno:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Muž: <input type="checkbox"/>	Žena: <input type="checkbox"/>	Email: *	<input type="text"/>
Tel. číslo: *	<input type="text"/>	IČO: <input type="text"/>	DIČ: <input type="text"/>
Kód ZP: <input type="text"/>	EÚ poistenec: <input type="checkbox"/>	Kód krajiny EÚ: <input type="text"/>	Kód PZS odosielaajúceho lekára: <input type="text"/>
Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu:	<input type="text"/>		
Poznámka: EÚ poistenci priložiť kópiu preukazu poistenca.	<input type="text"/>		
Základná diagnóza: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Iné diagnózy: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Dátum a čas odberu: <input type="text"/>	Dátum a čas príjmu: <input type="text"/>	Kód odosielaajúceho lekára: <input type="text"/>	
Dátum vystavenia žiadanky: <input type="text"/>	* Nepovinný údaj		
		Kód odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>	
		Poznámka lekára: <input type="text"/>	
		Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/>	

Vyšetrenie žiadam vykonať aj u nasledujúcich príbuzných:

	Meno a priezvisko pacienta	Rodné číslo	Kód ZP	ID číslo v rod.	č. DNA (vypĺňa OLG)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PREDMET VYŠETRENIA (označiť)

<input type="checkbox"/>	NGS analýza panelu génov asociovaných s hereditárnym karcinómom prsníka, ovarií a pankreasu (HBOPC) vrátane génových prestavieb	<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie MSI (mikrosatelitová instabilita) + vyšetrenie BRAF mutácie p.V600E + vyšetrenie metylácie promotora MLH1 pri suspektom Lynchovom syndróme
<input type="checkbox"/>	NGS analýza panelu génov asociovaných s hereditárnym karcinómom kolorekta - Lynchov syndróm vrátane génových prestavieb	<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie génu SERPING1 (všetky exóny) a kodónu 328 génu FXII - HAE (hereditárny angioedém)
<input type="checkbox"/>	NGS analýza panelu génov asociovaných s polypózami a malignitami tráviaceho traktu vrátane génových prestavieb	<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie génov PRSS1 (všetky exóny) a SPINK1 (všetky exóny) - HCP (hereditárna chronická pankreatitída)
<input type="checkbox"/>	NGS analýza panelu génov asociovaných s hereditárnymi endokrinnými tumormi vrátane génových prestavieb	<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie génu RET (exóny 5, 8, 10, 11, 13-16) - MEN2 (medulárny karcinóm štítnej žľazy)
<input type="checkbox"/>	NGS analýza panelu génov asociovaných s neurofibromatózou a rasopatiami vrátane génových prestavieb	<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie génu CDH1 (všetky exóny) - HDGC (hereditárny difúzny karcinóm žalúdka)
<input type="checkbox"/>	NGS analýza génov asociovaných s maligným melanómom vrátane génových prestavieb	<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie génu STK11/LBK1 (všetky exóny) - PJS (Peutzov-Jeghersov syndróm)
<input type="checkbox"/>	Stredný panel génov (rozsah 16-4000 génov) vrátane génových prestavieb	<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie génu VHL (všetky exóny) - VHL (Von Hippelov-Lindauov syndróm)
<input type="checkbox"/>	Malý panel génov (rozsah 2-15 génov) vrátane génových prestavieb	<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie génu TP53 (exóny 5-9) - LFS (Liho-Fraumeniho syndróm)
<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie známej mutácie alebo génovej prestavby (vpísať gén a mutáciu resp. prestavbu): <input type="text"/>		

ODBER A TRANSPORT MATERIÁLU

Typ tkaniva	Odber	Skúmavka	Skladovanie	Transport	Poznámka
Periférna krv	2-3 ml periférnej krvi	Vacutainer s EDTA (ružový vrchnák, ako na krvný obraz)	Izbová teplota - 24 hod. Mraznička - dlhodobo	Izbová teplota - poštou, ihneď Ak zmrazená - mraznička	V prípade zasielania poštou je potrebné vzorku zabezpečiť proti znehodnoteniu
Fixované nádorové tkanivo	Narezať cca 30 mg fix. tkaniva (5-10 ks 10 µm rezov) s reprezentat. časťou tumoru	2 ml skúmavka	Izbová teplota (< 50 °C)	Izbová teplota	Prosíme priložiť informáciu o histologickom náleze

Rodokmeň:

I.

II.

III.

IV.



Konkrétne informácie o etiológii ochorenia, spôsobe testovania, citlivosti metodík a indikáciách poskytne pacientovi v ambulancii lekár genetik a pri telefonickej konzultácii aj laboratórny diagnostik so špecializáciou na Oddelení lekárskej genetiky Onkologického ústavu sv. Alžbety, s.r.o.

Hoci je pravdepodobnosť dedičnej formy príslušného nádoru pri negatívnom výsledku nízka, negatívny výsledok ponúkanej analýzy nevylučuje prítomnosť dedičnej formy nádorového ochorenia v rámci rodiny, ani riziko vzniku sporadických (nededičných) karcinómov u probanda ani u iných členov rodiny.

1. Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej vzorka DNA/RNA sa má analyzovať: *

2. Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia osoby bola(i) stanovená(é) diagnóza(y): *

3. Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný postup, príp. navrhovaný výkon: *

Molekulovogenetická analýza génu _____, archivácia a skladovanie DNA/RNA materiálu.

Dolu podpísaný(á) potvrdzujem svojím podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetřil, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované (v prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach molekulovogenetického vyšetřenia vzorky mojej DNA/RNA, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Súhlasím s tým, aby vzorka mojej DNA/RNA bola použitá pre molekulovogenetické účely a analýzu vyššie uvedeného navrhovaného výkonu (v bode 3) alebo pre budúce možné vyšetřenie doposiaľ neznámeho génu súvisiaceho s objasnením mojej diagnózy.

Súhlasím, aby bola vzorka genómovej DNA alebo RNA uchovávaná v referenčnom laboratóriu Oddelenia lekárskej genetiky OÚSA a pri správnom zaistení ochrany mojich osobných údajov bola použitá pre ďalšie vyšetřenia a štúdium DNA/RNA, príp. pre účely referenčnej vzorky.

Tiež súhlasím, aby výsledky vyšetření, vrátane zodpovedajúcich informácií o mojom zdravotnom stave zistené v súvislosti s molekulovogenetickým vyšetřením boli anonymizované a anonymné výsledky a informácie následne použité v rámci aktivít Oddelenia lekárskej genetiky OÚSA pre ďalšie diagnostické a vedecké účely, príp. na účely referenčnej vzorky.

Bol(a) som poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Porozumel(a) som poskytnutým informáciám, mal(a) som príležitosť klásť otázky a dostať uspokojivé odpovede, a potvrdzujem, že všetky poskytnuté informácie sú podľa môjho najlepšieho vedomia pravdivé.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s vyššie navrhovaným vyšetřením vzorky mojej DNA/RNA a jej archivovaním/skladovaním:

súhlasím - nesúhlasím.**

* vyplní ošetrojúci lekár

** nehodiace sa preškrtnúť

V _____, dňa _____ čas _____

_____ podpis a odtlačok pečiatky lekára

_____ podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)



1. Vyšetrenie je určené na úhradu z verejného zdravotného poistenia a indikované podľa Kritérií na indikovanie laboratórnych výkonov v odbore Lekárska genetika, zverejnených ku dňu indikovania na webovej stránke príslušnej zdravotnej poisťovne.

Klinické podrobnosti sú uvedené v zdravotnej dokumentácii pacienta.

2. Od výsledku vyšetrenia očakávam:

a) potvrdenie pracovnej diagnózy*

b) vylúčenie pracovnej diagnózy*

**Nehodiace sa prečiarknite*

Výsledok podľa bodu 2a) alebo 2b):

aa) bude mať vplyv na ďalší manažment pacienta:

F - farmakoterapia; BL - biologická liečba; DO - dietetické opatrenia; O - operácia; D - dispenzarizácia*

F BL DO O D

**Vyznačte možnosti*

ab) nebude mať vplyv na ďalší manažment pacienta

Podpis indikujúceho lekára

