

PRŮVODKA NA **CYTOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ**

Razítko, podpis, IČP, adresa, kontakt žadatele:	Odběr provedl:	Datum / čas odběru:	Číslo karty:
	Vzorek přijal:	Datum / čas přijetí v laboratoři:	Číslo vzorku:

## INFORMACE O PACIENTOVI

Jméno:	Pohlaví:	Bydliště:
Příjmení:	<input type="checkbox"/> ŽENA <input type="checkbox"/> MUŽ	Telefon:
Číslo pojištěnce:	Datum narození:	E-mail:
Zdravotní pojišťovna:		Diagnóza:

ODEBRANÝ MATERIÁL / ODBĚROVÝ SYSTÉM		FISH	CHROMOZOMÁLNÍ VYŠETŘENÍ	ARRAY CGH (ČIP)
	<b>Periferní krev</b> Vacuette - heparin (zelené víčko)	Pohlavní chromozomy	Karyotyp	
	<b>Plodová voda</b> Vacuette - žluté víčko	SHOX	ZCA	
	<b>Choriové klky</b> Vacuette - heparin (zelené víčko)	DiGeorge syndrom	Kultivace pro DNA vyšetření	
	<b>Potracená tkáň</b> Sterilní nádoba s fyziologickým roztokem	PW/A syndrom	Sdělení pohlaví plodu: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
	<b>Bukální stěr</b> Sterilní nylonová výtěrka	Wolf-Hirschhorn syndrom	<b>DALŠÍ ÚDAJE</b>	
	<b>Fetální krev</b> Vacuette - heparin (zelené víčko)	Williams-Beuren syndrom	Délka těhotenství dle ultrazvuku:	
	<b>Jiné</b>	Malovací sondy	Poznámky:	<b>DALŠÍ ÚDAJE A POZNÁMKY</b>
		Jiné		