

Žádanka k cytogenetickému vyšetření


Jméno a příjmení:				Jméno lékaře, odbornost, IČP/IČZ, Razítko a podpis:
Číslo pojištěnce:				
Kód pojišťovny:	Pohlaví:	<input type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> žena	
Základní diagnóza:	Národnost:			
Datum a čas odběru:				
Datum a čas přezkoumání:	(vyplňuje LAB)			
Datum a čas příjmu:	(vyplňuje LAB)			

Fluorescenční *in situ* hybridizace (FISH) [A]

Materiál:			
Parafinový blok/řezy (bioptické číslo):		Procento nádorové tkáně v bloku:	

Lokalizace odběru tkáně:													
<input type="checkbox"/>	prs	<input type="checkbox"/>	plíce	<input type="checkbox"/>	uzlina	<input type="checkbox"/>	endometrium	<input type="checkbox"/>	žaludek	<input type="checkbox"/>	mozek	<input type="checkbox"/>	kůže
<input type="checkbox"/>	Jiné:												
Primární nádor:													

Vyšetření:	<input type="checkbox"/>	Rutina	<input type="checkbox"/>	Statim (po předchozí domluvě)
-------------------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------------------------

Prediktivní markery							
<input type="checkbox"/>	HER2	<input type="checkbox"/>	ALK	<input type="checkbox"/>	ROS1	<input type="checkbox"/>	

Prognostické a diagnosticky významné markery							
<input type="checkbox"/>	ALK/EML4	<input type="checkbox"/>	COL1A1	<input type="checkbox"/>	MDM2	<input type="checkbox"/>	SMARCB1
<input type="checkbox"/>	ATM	<input type="checkbox"/>	DDIT3 (CHOP)	<input type="checkbox"/>	MET	<input type="checkbox"/>	SS18
<input type="checkbox"/>	BCL2	<input type="checkbox"/>	EGFR	<input type="checkbox"/>	MYC	<input type="checkbox"/>	SS18/SSX1
<input type="checkbox"/>	BCL2/IGH, t(14;18)	<input type="checkbox"/>	ETV6	<input type="checkbox"/>	NR4A3	<input type="checkbox"/>	TFE3
<input type="checkbox"/>	BCL6	<input type="checkbox"/>	EWSR	<input type="checkbox"/>	NTRK3	<input type="checkbox"/>	TP53
<input type="checkbox"/>	BCOR	<input type="checkbox"/>	EWSR/FLI1	<input type="checkbox"/>	NUTM1	<input type="checkbox"/>	USP6
<input type="checkbox"/>	BIRC3/MALT1, t(11;18)	<input type="checkbox"/>	FGFR1	<input type="checkbox"/>	PDGFB	<input type="checkbox"/>	VHL
<input type="checkbox"/>	CCND1	<input type="checkbox"/>	FOXO1	<input type="checkbox"/>	PDGFRA/FIP1L1	<input type="checkbox"/>	WT1
<input type="checkbox"/>	CCND1/IGH, t(11;14)	<input type="checkbox"/>	FUS	<input type="checkbox"/>	PHF1	<input type="checkbox"/>	WWTR1
<input type="checkbox"/>	CDK4	<input type="checkbox"/>	JAZF1	<input type="checkbox"/>	PTEN	<input type="checkbox"/>	Jiné:
<input type="checkbox"/>	CDKN2A	<input type="checkbox"/>	MALT1	<input type="checkbox"/>	RB1	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	CIC	<input type="checkbox"/>	MAML2	<input type="checkbox"/>	RET	<input type="checkbox"/>	

Poučení proběhlo v rámci chirurgického zákroku. Informovaný souhlas je založen ve zdravotní dokumentaci pacienta.

Komentář:

* Seznam vyšetřovaných genů a oblastí viz *Aktuální seznam činností prováděných v rámci flexibilního rozsahu akreditace*, www.fno.cz


 Zdravotnická laboratoř č. 8194 akreditovaná ČIA
 podle ČSN EN ISO 15189:2013

[A] - akreditované vyšetření (Ize uplatnit flexibilní přístup k rozsahu akreditace)
