



Žádanka o preimplantační genetické testování (PGT)

| Identifikace partnerky | | Identifikace partnera | |
|------------------------|--|-----------------------|--|
| Jméno, příjmení: | | Jméno, příjmení: | |
| Číslo pojištěnce: | | Číslo pojištěnce: | |
| Datum narození: | | Datum narození: | |
| Zdravotní pojišťovna: | | Zdravotní pojišťovna: | |

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| Číslo protokolu: | Druh primárního vzorku: | <input type="checkbox"/> Trofektoderm |
| Kód diagnózy, indikace: | Počet vzorků: | <input type="checkbox"/> Jiný-upřesnit: |
| Požadované preimplantační genetické testování (v rozsahu akreditace): | Počet embryí: | <input type="checkbox"/> Blank |
| <input type="checkbox"/> Aneuploidie (PGT-A) | Seznam vzorků: | |
| <input type="checkbox"/> Translokace, jiné strukturní aberace (PGT-SR) | Požadováno vyšetřit vzorky č.: | |
| <input type="checkbox"/> Monogenní choroba (PGT-M) | Použité pohlavní buňky: | <input type="checkbox"/> Vlastní |
| | | <input type="checkbox"/> Darované oocyty |
| | | <input type="checkbox"/> Darované spermie |
| | | <input type="checkbox"/> Darované oocyty i spermie |

Poznámky – doplňující sdělení laboratoři (translokace, jiné strukturní aberace, monogenní choroba,...)

Předání vzorků z embryologické laboratoře

| | |
|--|--|
| Datum biopsie: | |
| Informovaný souhlas podepsán a přiložen: | <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne |
| Karyotypy obou partnerů vyšetřeny a zaslány: | <input type="checkbox"/> ano / <input type="checkbox"/> ne |
| Datum a čas předání: | |
| Předal (jméno a podpis): | |

| Transport | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Interní transport | |
| <input type="checkbox"/> REPROMEDA s.r.o. (jméno, podpis) | |
| <input type="checkbox"/> Přepravce: (jméno společnosti) | |

| Převzetí materiálu v laboratoři | |
|---------------------------------|--|
| Datum a čas: | |
| Transportní teplota: | <input type="checkbox"/> vyhovuje <input type="checkbox"/> nevyhovuje |
| Převzal: | |

| | |
|--|---|
| Jméno, email a telefon osoby, které bude předán výsledek: | Požadovaný jazyk protokolu s výsledkem: <input type="checkbox"/> Čeština / <input type="checkbox"/> Angličtina / <input type="checkbox"/> Němčina |
|--|---|

Odesílající pracoviště garantuje, že vyšetření bylo indikováno klinickým genetikem v souladu se zákonem č. 373/2011 (Zákon o specifických zdravotních službách).

Indikující lékař: **MUDr. Ilga Grochová**

Pracoviště: **REPROMEDA s.r.o**

Odbornost 208

Odesílající pracovník: jméno podpis datum