

Kód: ŘF 513	ŘF 513 Žádanka o preimplantační genetické testování (PGT)	Strana: 1 Celkem: 1
Verze: 1	Vypracoval: RNDr. B. Dostálová, Ph.D. Schválil: Mgr. Martin Lambert	Datum vydání: 1.7.2022 Platné od: 1.7.2022

Klientka:

Štítek Jméno, číslo pojištěnce, adresa
--

Klient:

Štítek Jméno, číslo pojištěnce, adresa
--

Číslo protokolu: Kód diagnóz, indikace: Požadované preimplantační genetické testování: <input type="checkbox"/> Aneuploidie (PGT-A) Poznámky – doplňující sdělení laboratoři:	Druh primárního vzorku: <input type="checkbox"/> Trofoblast <input type="checkbox"/> Jiný – upřesnit <input type="checkbox"/> Blank Počet vzorků: Počet embryí: Seznam vzorků: Použité pohlavní buňky: <input type="checkbox"/> Vlastní <input type="checkbox"/> Darované oocyty <input type="checkbox"/> Darované spermie <input type="checkbox"/> Darované oocyty i spermie
---	---

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 vzorků: <input type="checkbox"/> interní transport <input type="checkbox"/> FERTIMED s.r.o. (jméno, podpis): <input type="checkbox"/> Přepravce (jméno společnosti, podpis):	Převzetí materiálu v laboratoři: Datum a čas: Transportní teplota: <input type="checkbox"/> vyhovuje <input type="checkbox"/> nevyhovuje Převzal (jméno a podpis):
--	---

Jméno, email, telefon osoby, které bude výsledek předán:

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

Indikující lékař: MUDr. Enkhjargalan Mracká

Pracoviště: FERTIMED, s. r. o.

Odbornost: 208

Odesílající pracovník:

Podpis:

Datum: