

ŽÁDANKA NA PREIMPLANTAČNÍ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ (PGT)

Klientka:

Klient:

Štítek
Jméno, číslo pojištění, adresa

Štítek
Jméno, číslo pojištění, adresa

Číslo protokolu:	Druh primárního vzorku:
Kód diagnózy, indikace:	<input type="checkbox"/> Trofoblast
Požadované preimplantační genetické testování:	<input type="checkbox"/> Jiný – upřesnit
<input type="checkbox"/> Aneuploidie (PGT-A)	<input type="checkbox"/> Blank
Poznámky – doplňující sdělení laboratoři:	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 trofektodermu:	
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:	Převzetí materiálu v laboratoři:
<input type="checkbox"/> interní transport	Datum a čas:
<input type="checkbox"/> FERTIMED s.r.o. (jméno, podpis):	Transportní teplota:
	<input type="checkbox"/> vyhovuje <input type="checkbox"/> nevyhovuje
<input type="checkbox"/> Přepravce (jméno společnosti, podpis):	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:

Pracoviště:

Odbornost:

Odesílající pracovník:

Podpis:

Datum: