UNIVERZITNÁ NEMOCNICA MARTIN

Ústav klinickej imunológie a lekárskej genetiky

Kollárova 2, 036 59 Martin, Slovenská republika

ŽIADANKA O CYTOGENETICKÉ VYŠETRENIE – NOVORODENEC

Pacient / NOVORODENEC

Meno a priezvisko **PACIENTA**		Dátum narodenia pacienta	Žena ☐
Meno a Priezvisko / Rodné číslo / ZP **MATKY**		Rodné číslo pacienta	Muž ☐
Kód Dg.	Klinický nález	ID hospitalizácie	Statim ☐
		Zdravotná poisťovňa	Samoplatca ☐

FISH analýza (uviesť požiadavku)

Odber aCGH ÁNO ☐ NIE ☐

Materiál na vyšetrenie

venózna krv (heparinizovaná) ☐	iné tkanivo
odber vzorky čas: dátum:	príjem vzorky do laboratória OLG čas: dátum:

Žiadateľ

Meno, adresa, pečiatka a kód indikujúceho lekára	Pečiatka, kód a adresa pracoviska

Dátum vystavenia žiadanky

*__Súhlas s cytogenetickým vyšetrením__

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol(a) poučený(á) podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o odbere biologického materiálu pre potreby diagnostiky. Bola mi vysvetlená podstata cytogenetického vyšetrenia. Súhlasím so spracovaním osobných údajov za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti podľa zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov. Poučeniu som porozumel(a) a s navrhovaným spôsobom a postupom súhlasím.

Dátum:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: Podpis zákonného zástupcu: