



UNIVERZITNÁ NEMOCNICA MARTIN
Ústav klinickej imunológie a lekárskej genetiky
Kollárova 2, 036 59 Martin, Slovenská republika



ŽIADANKA O CYTOGENETICKÉ VYŠETRENIE

| Pacient | | | |
|--|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Priezvisko a meno | | Rodné číslo | Žena <input type="checkbox"/> |
| Kód Dg. | Klinický nález | Dátum narodenia | Muž <input type="checkbox"/> |
| | | Zdravotná poisťovňa | Statim <input type="checkbox"/> |
| | | | Samoplatca <input type="checkbox"/> |
| FISH analýza (uviesť požiadavku) | | | |
| Žiadateľ | | | |
| Meno, adresa, pečiatka a kód indikujúceho lekára | | Pečiatka, kód a adresa pracoviska | |
| ID hospitalizovaného pacienta | | Dátum vystavenia žiadanky | |
| Materiál na vyšetrenie | | | |
| venózna krv (heparinizovaná) <input type="checkbox"/> | odber na aCGH ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | |
| plodová voda <input type="checkbox"/> | choriónové klky <input type="checkbox"/> | | |
| tyždeň tehotenstva: | tyždeň tehotenstva: | | |
| tkanivo z potratených plodov <input type="checkbox"/> | iné tkanivo <input type="checkbox"/> | | |
| tyždeň tehotenstva: | typ: | | |
| odber vzorky čas: dátum: | príjem vzorky do laboratória OLG čas: dátum: | | |
| <p>*Súhlas s cytogenetickým vyšetrením Svojím 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.</p> <p>Dátum: Meno a priezvisko zákonného zástupcu: Podpis pacienta / zákonného zástupcu:</p> | | | |