



Rodné číslo	Dátum narodenia	Platiteľ <small>kód ZP, samoplatca, PZS</small>	Fakturovať: <input type="checkbox"/> lekár <input type="checkbox"/> pacient
Priezvisko	Meno	Pohlavie: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	
Ulica, číslo domu*	Mesto/obec*	Podpis a pečiatka indikujúceho lekára	
PSČ*	IČ EÚ <small>priložiť kópiu preukazu poistenca</small>	Kód krajiny	
Dátum odberu	Dátum vystavenia žiadanky	Kód hospitalizačného prípadu	
Suspektná diagnóza (slovom)			
Dg. (MKCH podľa Orphanetu)	Dg. (MKCH)	Dg. (MKCH)	
Indikujúci lekár	Meno a priezvisko	A kód	P kód
	Meno a priezvisko	A kód	P kód

\* Adresu pacienta žiadame vyplniť v prípade samoplatcu alebo vyšetrení hlásených v zmysle zákona č. 355/2007 Z. z.

 Tkanivo 55	 Iný materiál Špecifikujte materiál DD
Materiál: <input type="text"/>	

## GENETICKÁ ANALÝZA SOMATICKÝCH MUTÁCIÍ Z NÁDOROVEJ DNA

Percentuálne zastúpenie nádorových buniek\*\*:

<input type="checkbox"/> BRCA1, BRCA2 (všetky exóny) (HKPOTK)	<input type="checkbox"/> IDH1 (kodón 132) (IDH132)
<input type="checkbox"/> BRAF (kodóny 600 a 601) (BRAF)	<input type="checkbox"/> IDH2 (kodón 172) (IDH172)
<input type="checkbox"/> KRAS (kodóny 12, 13, 59, 61, 117 a 146) (KRAS)	<input type="checkbox"/> Metylácia promotora MLH1, treba dodať aj zdravé tkanivo (MLH1MP)
<input type="checkbox"/> NRAS (kodóny 12, 13, 59, 61, 117 a 146) (NRAS)	<input type="checkbox"/> Oblasť IS6110 – Mycobacterium complex (OMC)
<input type="checkbox"/> EGFR (exóny 18, 19, 20 a 21) (EGFRK)	<input type="checkbox"/> KIT (exóny 9, 11, 13, 17 a 18) (GIST)
<input type="checkbox"/> MSI (mikrosatelitová nestabilita), treba dodať aj zdravé tkanivo (MSI)	<input type="checkbox"/> PDGFRA (exóny 12, 14 a 18) (GIST)

\*\* dôležitý/nevyhnutný údaj

## KLINICKÉ INFORMÁCIE K VYŠETRENIU

– nevyhnutne potrebné k riadnemu a správne poskytnutiu indikovaných laboratórnych vyšetrení pacientovi (§ 80 ods. 6 písm. a) zákona č. 578/2004 Z.z.)

### VYHLÁSENIA PACIENTA – SAMOPLATCU LABORÁTORŇNÝCH VYŠETRENÍ

Ja, pacient (príp. zákonný zástupca pacienta), svojím podpisom potvrdzujem, že:

a) som bol riadne a úplne poučený podľa zákona č. 576/2004 Z.z. o anamnéze, odbere krvi a biologického materiálu na diagnostické účely, bola mi vysvetlená podstata, spôsob a účel molekulárno-genetického vyšetrenia, dôverynosť výsledkov vyšetrení a poučení som porozumel;

b) súhlasím s vykonaním genetických vyšetrení špecifikovaných v žiadanke formou informovaného súhlasu podľa zákona č. 576/2004 Z.z. a s úhradou ceny týchto laboratórnych genetických vyšetrení mojou osobou;

c) som bol informovaný o nevyhnutnosti spracúvania osobných údajov v súvislosti s poskytnutím vyšetrení na právnom základe vyplývajúcom z právnych predpisov a oboznámil som sa s informáciami o spracúvaní osobných údajov.

Dátum:  Podpis:

Vyhradené pre laboratórium

**Ďakujeme za Vašu dôveru a spoluprácu!**

V prípade akýchkoľvek otázok nás neváhajte kontaktovať.

Volajte call centrum 0850 150 000, [www.unilabs.sk](http://www.unilabs.sk), [info@unilabs.sk](mailto:info@unilabs.sk)