ŽIADANKA O VYŠETRENIE – GENETIKA – ZRIEDKAVÉ OCHORENIA

Unilabs

Platná od 1. 12. 2025

Rodné číslo

Dátum narodenia

Platiteľ
kód ZP, samoplatca, PZS

Fakturovať:
☐ lekár ☐ pacient

Kód etnicity:
(Zdroj: NCZI)

Priezvisko

Meno

Pohlavie:
☐ muž ☐ žena

Ulica, číslo domu*

Mesto/obec*

PSČ*

IČ EÚ
priložiť kópiu preukazu poistenca

Kód krajiny

Podpis a pečiatka indikujúceho lekára

Dátum odberu

Dátum vystavenia žiadanky

Kód hospitalizačného prípadu

Suspektná diagnóza (slovom)

Dg.

Dg.

Dg.

Indikujúci lekár

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.

K3/K2 EDTA krv

02

Iný materiál
(plodová voda, izolovaná DNA, PAX skúmavka (RNA), bukálny ster, tkanivo, iné)

DD

Materiál:

TYP DIAGNOSTIKY

☐ PRENATÁLNA

Gestačný týždeň:

Pohlavie plodu:

☐ POSTNATÁLNA

KLINICKÉ INFORMÁCIE K VYŠETRENIU (prosíme vypísať alebo priložiť k žiadanke kópiu lekárskej správy)

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

HPO TERMÍNY (prosíme vypísať v prípade žiadosti o NGS analýzu)

Reg. značka: ZIAGEN-ZRI-2025-01

INDIKOVANÉ VYŠETRENIE

☐ **ANALÝZA ANEUPLOÍDIÍ**

☐ **ANALÝZA GENÓMU METÓDOU SNP MICROARRAY**

☐ **ANALÝZA VYBRANÉHO GÉNU / GÉNOV / VARIANTOV** (podľa aktuálneho katalógu vyšetrení na www.unilabs.sk)

Gén / Gény / Oblasť:

Variant / Varianty:

Segregačná analýza: Meno, priezvisko, rodné číslo probanda a jeho príbuzenský vzťah k vyšetrovanému:

Klinický údaj o vyšetrovanom: ☐ symptomatický ☐ asymptomatický

☐ **NGS ANALÝZA**

V rámci požadovaného rozsahu vyšetrenia žiadam o reportovanie nálezov typu ☐ sekundárny (len pre WES) ☐ náhodný

☐ **Panelové vyšetrenie**

Dermatológia
- ☐ Ektodermálne dysplázie
- ☐ Epidermolysis bullosa
- ☐ Ichtyózy

Endokrinológia
- ☐ Hypogonadotropný hypogonadizmus
- ☐ Monogénová obezita
- ☐ Monogénový diabetes
- ☐ Poruchy metabolizmu lipidov
- ☐ Poruchy pohlavného vývoja
- ☐ Predčasné ovariálne zlyhanie

Gastroenterológia
- ☐ Cholestázy
- ☐ Pankreatitída

Hematológia
- ☐ Neutropénie a iné cytopénie

Imunológia
- ☐ Autoinflamačné ochorenia
- ☐ Primárne imunodeficiencie

Kardiológia
- ☐ Aortopatie
- ☐ Arytmie
- ☐ Kardiomyopatie
- ☐ Komplexný kardiologický panel
- ☐ Kongenitálne ochorenia srdca
- ☐ Syndrómy náhleho srdcového zlyhania

Metabolické ochorenia
- ☐ Mitochondriálne ochorenia
- ☐ Porfýrie

Nefrológia
- ☐ Nefrotický syndróm
- ☐ Polycystické ochorenie obličiek
- ☐ Renálne tubulopatie
- ☐ Vrodené anomálie obličiek a uropoetického traktu

Neuromuskulárne ochorenia
- ☐ Kongenitálne myasténie
- ☐ Myopatie a svalové dystrofie
- ☐ Myotónie a periodické paralýzy

Neurológia
- ☐ Ataxie
- ☐ Dystónie a Parkinsonova choroba
- ☐ Hereditárne demencie
- ☐ Hereditárne epileptické syndrómy
- ☐ Hereditárne periférne neuropatie
- ☐ Hereditárne spastické paraplégie
- ☐ Hydrocefalus
- ☐ Leukodystrofie a leukoencefalopatie
- ☐ Makrocefália a syndrómy spojené s nadmerným rastom
- ☐ Migréna
- ☐ Mikrocefália a pontocerebelárna hypoplázia
- ☐ Ochorenie malých ciev mozgu
- ☐ Ochorenie motorických neurónov / ALS
- ☐ Poruchy autistického spektra
- ☐ Poruchy intelektu

Pneumológia
- ☐ Primárna ciliárna dyskinéza

Oftalmológia
- ☐ Albinizmus
- ☐ Anoftalmia a mikroftalmia
- ☐ Katarakta
- ☐ Ochorenia sietnice
- ☐ Vitreoretinopatia

Ochorenia skeletu, spojivových tkanív a poruchy rastu
- ☐ Artrogrypóza
- ☐ Defekty končatín
- ☐ Kraniosynostóza
- ☐ Osteogenesis imperfecta
- ☐ RASopatie
- ☐ Skeletálne dysplázie
- ☐ Syndrómy spojené s nízkym vzrastom
- ☐ Vrodené poruchy spojiva

Onkológia
- ☐ Hereditárne nádorové syndrómy

Otorinolaryngológia
- ☐ Poruchy sluchu

☐ **Iný panel** (podľa aktuálneho katalógu vyšetrení na www.unilabs.sk resp. po dohovore s laboratóriom):

☐ **Celoexómové vyšetrenie (WES)**

☐ **Rozšírenie alebo reanalýza realizovaného NGS vyšetrenia** (prosíme o špecifikovanie rozsahu; dostupné po dohovore s laboratóriom):

Pre bližšie informácie ohľadom génového zastúpenia v NGS paneloch, možnosti ďalších analýz alebo zazmluvnenia vyšetrení v jednotlivých zdravotných poisťovniach nás neváhajte kontaktovať.

INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:

- Potvrdzujem, že **Informovaný súhlas vyšetrovanej osoby/zákonného zástupcu** s vykonaním genetických laboratórnych vyšetrení, vrátane súhlasu s odberom biologického materiálu je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta u indikujúceho lekára.
  ☐ ÁNO
- Pacient/ka súhlasí **s uskladnením jeho/jej biologickej vzorky** aj po zrealizovaní prvotného genetického laboratórneho vyšetrenia za účelom prípadnej ďalšej analýzy/reanalýzy na dobu neurčitú.
  ☐ ÁNO ☐ NIE
- Pacient/ka súhlasí **s archiváciou genomických dát** po zrealizovaní laboratórneho genetického vyšetrenia po dobu minimálne 5-tich rokov od vydania výsledku prvotnej analýzy:
  ☐ ÁNO ☐ NIE
- Pacient/ka súhlasí s použitím vyšetrovaného biologického materiálu a z neho zistených alebo súvisiacich dát **na účely internej a externej kontroly kvality molekulárno-genetických metód:**
  1. v anonymizovanej podobe: ☐ ÁNO ☐ NIE
  2. v pseudonymizovanej podobe: ☐ ÁNO ☐ NIE

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, info.sk@unilabs.com