

ORIGINÁL PRE LABORATÓRIUM



CYTOPATHOS spol. s r. o.  
Kutuzovova 23, 831 03 Bratislava 3  
Kód PZS: P48327029501  
IČO: 35897619, DIČ: 2021911144  
Tel.: +421/2/323 738 17  
cytopathos@cytopathos.sk  
www.cytopathos.sk

Miesto pre čiarový kód:

**ŽIADANKA K NEINVAZÍVNEMU  
PRENATÁLNEMU TESTU PANORAMA™**

- Účel genetického laboratórneho vyšetrenia:**  Neinvazívne vyšetrenie trizómii chromozómov 21, 18, 13 a aneuploidii chromozómov X a Y  
 vrátane del 22q112  
 vrátane panelu mikroledečných syndrómov  
 Pohlavie plodu

Vypĺňať paličkovým písmom

**INFORMÁCIE O TEHOTNEJ**

Meno:

Priezvisko:

Rodné číslo:  /  Vek:  rokov

Adresa:

Poistovňa:

Diagnóza:

Váha:  kg Výška:  cm

**SKRÍNING**

Vykonaný:  Áno  Nie

Skríning v I. trim.:  Kombinovaný  Biochemický  Len USG

Skríning v II. trim.:  Triplet test  Integrovaný

Riziko:  
 Trizómia 21 1/  Trizómia 13 1/  Trizómia 18 1/

Indikácia:  Vyšší vek tehotnej  Pozitívny skríning  
 USG nález plodu  Pozitívna RA  
 Iné

**TERAJŠIA GRAVIDITA**

PM:

Termín pôrodu podľa PM:

Termín pôrodu podľa USG:

Tehotenstvo po IVF:

Počet zavedených embryí:

Darované vajíčko:  Áno  Nie

Transplantácia kostnej drene:  Áno  Nie

**ANAMNÉZA**

Chromozomálne aberácie v predchádzajúcich graviditách:  Áno Typ aberácie:   
 Nie

Genetické aberácie v RA:  Áno Typ aberácie:   
 Nie

Genetické aberácie v OA:  Áno Typ aberácie:   
 Nie

**SPÔSOB PLATBY**  V ambulancii  Na účet

Cena za laboratórne vyšetrenie bola uhradená v našej ambulancii. Pečiatka a podpis lekára:

V  dňa

Pacientka sa zaväzuje, že cenu za vyšetrenie uhradí na č. účtu:

**SK 56 7500 0000 0040 2336 3486** Podpis pacientky (zákonného zástupcu)

**USG**

Dátum vykonania:

Počet plodov:

Chorionicita:  BB  MB  MM

CRL:  mm

Sonoanatómia:  Normálna  Abnormálna

**ODBER VZORKY**

Dátum/čas:

Gestačný vek podľa USG:

Primárna vzorka:  Periférna krv

**SÚHLAS S LABORATÓRNÝM GENETICKÝM VYŠETRENÍM PANORAMA™**

**A. VYHLÁSENIE DIAGNOSTIKOVANEJ OSOBY**

Potvrďujem, že mi bolo poskytnuté genetické poradenstvo k vyššie uvedenému laboratórnemu vyšetreniu. Všetko mi bolo vysvetlené jasne a zrozumiteľne. Mal/a som možnosť si všetko riadne, v pokoji a v primeranom čase rozmyslieť. Tiež som mal/a možnosť opýtať sa lekára na všetko, čo som považovala za podstatné a prebrať s ním to, čomu som nerozumela. Na všetky otázky som dostala jasnú a zrozumiteľnú odpoveď. Ďalej vyhlasujem, že som lekára oboznámila so všetkými skutočnosťami, ktoré sú významné pre posúdenie môjho zdravotného stavu. Akceptujem upozornenie, že v prípade nepravdivosti tohto vyhlásenia nie sú spoločnosť Bioptická laboratoř s.r.o. ani ošetrojúci lekár zodpovední za tým spôsobené následky. Zaväzujem sa, že pokiaľ nastane akákoľvek zmena, budem spoločnosť Bioptická laboratoř s.r.o. neodkladne písomne informovať.

- Prajem**  **Neprajem** si byť informovaná o výsledku genetického vyšetrenia.  
 **Prajem**  **Neprajem** si byť informovaná o pohlaví plodu po dokončení 12. týždňa tehotenstva (pokiaľ nejde o vyšetrenie choroby viazanej na pohlavie).

Prajem si, aby o výsledku vyšetrenia boli informované tieto osoby:

Meno: ..... Adresa: .....

- Súhlasím**  **Nesúhlasím** s uchovaním mojej DNA pre účely ďalšieho vyšetrenia v závislosti na pokroku vo výskume a v záujme ostatných členov rodiny.  
 **Súhlasím**  **Nesúhlasím** s anonymných využitím DNA k lekárskeho výskumu a zverejňovaniu získaných výsledkov v odborných publikáciách.

**Na základe tohto poučenia vyhlasujem, že súhlasím s odberom príslušnej vzorky a s vykonaním popísaného genetického laboratórneho vyšetrenia. Som si vedomá, že svoj súhlas môžem kedykoľvek odvolať. Vyhlasujem, že som všetkým údajom, poučeniam a súhlasom, ktoré mi boli oznámené a vysvetlené, porozumela.**

V ..... dňa .....

Podpis vyšetrovanej osoby (zákonného zástupcu)

Meno zákonného zástupcu: ..... Dátum narodenia: .....

Vzťah k diagnostikovanej osobe: .....

**B. VYHLÁSENIE LEKÁRA - VYPLNÍ LEKÁR**

Vyhlasujem, že som diagnostikovanej (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil/a účel, povahu, predpokladaný prospech, následky a možné riziká vyššie uvedeného genetického laboratórneho vyšetrenia. Rovnako som diagnostikovanú osobu oboznámil/a s možnými výsledkami a dôsledkami toho, ak vyšetrenie nebude možné za vyššie uvedeným účelom urobiť (nepodarilo by sa) alebo by nemalo potrebnú výpovednú hodnotu pre naplnenie sledovaného účelu. Oboznámil/a som diagnostikovanú osobu s rizikami neočakávaných nálezov, s možnými rizikami a dôsledkami v prípade odmietnutia tohto vyšetrenia. Výsledky laboratórneho vyšetrenia budú dôverné a nebudú bez súhlasu diagnostikovanej osoby oznámené tretej strane, pokiaľ platné predpisy neurčujú inak. Informácie o pohlaví plodu oznámim len so súhlasom a na žiadosť diagnostikovanej osobe či zákonnému zástupcovi až po ukončení 12. týždňa tehotenstva (pokiaľ nepôjde o vyšetrenie ochorenia viazaného na pohlavie).

Meno lekára: .....

Pečiatka a podpis, dátum:

## ŽIADANKA K NEINVAZÍVNEMU PRENÁTÁLNEMU TESTU PANORAMA™

**Účel genetického laboratórneho vyšetrenia:**  Neinvazívne vyšetrenie trizómii chromozómov 21, 18, 13 a aneuploidii chromozómov X a Y  
 vrátane del 22q112  
 vrátane panelu mikrolečných syndrómov  
 Pohlavie plodu

Vypĺňať paličkovým písmom

INFORMÁCIE O TEHOTNEJ	
Meno:	<input type="text"/>
Priezvisko:	<input type="text"/>
Rodné číslo:	<input type="text"/> / <input type="text"/> Vek: <input type="text"/> rokov
Adresa:	<input type="text"/>
Poistovňa:	<input type="text"/>
Diagnóza:	<input type="text"/>
Váha:	<input type="text"/> kg Výška: <input type="text"/> cm

SKRÍNING	
Vykonaný:	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Skríning v I. trim.:	<input type="checkbox"/> Kombinovaný <input type="checkbox"/> Biochemický <input type="checkbox"/> Len USG
Skríning v II. trim.:	<input type="checkbox"/> Triplet test <input type="checkbox"/> Integrovaný
Riziko:	Trizómia 21 1/ <input type="text"/> Trizómia 13 1/ <input type="text"/> Trizómia 18 1/ <input type="text"/>
Indikácia:	<input type="checkbox"/> Vyšší vek tehotnej <input type="checkbox"/> Pozitívny skríning <input type="checkbox"/> USG nález plodu <input type="checkbox"/> Pozitívna RA <input type="checkbox"/> Iné <input type="text"/>

TERAJŠIA GRAVIDITA	
PM:	<input type="text"/>
Termín pôrodu podľa PM:	<input type="text"/>
Termín pôrodu podľa USG:	<input type="text"/>
Tehotenstvo po IVF:	<input type="text"/>
Počet zavedených embryí:	<input type="text"/>
Darované vajíčko:	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Transplantácia kostnej drene:	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

ANAMNÉZA	
Chromozomálne aberácie v predchádzajúcich graviditách:	<input type="checkbox"/> Áno Typ aberácie: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nie
Genetické aberácie v RA:	<input type="checkbox"/> Áno Typ aberácie: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nie
Genetické aberácie v OA:	<input type="checkbox"/> Áno Typ aberácie: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nie

SPÔSOB PLATBY	
<input type="checkbox"/> V ambulancii <input type="checkbox"/> Na účet	
Cena za laboratórne vyšetrenie bola uhradená v našej ambulancii.	Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/>
V <input type="text"/>	
dňa <input type="text"/>	
Pacientka sa zaväzuje, že cenu za vyšetrenie uhradí na č. účtu: <input type="text"/>	
<b>SK 56 7500 0000 0040 2336 3486</b>	Podpis pacientky (zákonného zástupcu)

USG	
Dátum vykonania:	<input type="text"/>
Počet plodov:	<input type="text"/>
Chorionicita:	<input type="checkbox"/> BB <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> MM
CRL:	<input type="text"/> mm
Sonoanatómia:	<input type="checkbox"/> Normálna <input type="checkbox"/> Abnormálna

ODBER VZORKY	
Dátum/čas:	<input type="text"/>
Gestačný vek podľa USG:	<input type="text"/>
Primárna vzorka:	Periférna krv

### SÚHLAS S LABORATÓRNÝM GENETICKÝM VYŠETRENÍM PANORAMA™

#### A. VYHLÁSENIE DIAGNOSTIKOVANEJ OSOBY

Potvrďujem, že mi bolo poskytnuté genetické poradenstvo k vyššie uvedenému laboratórnemu vyšetreniu. Všetko mi bolo vysvetlené jasne a zrozumiteľne. Mal/a som možnosť si všetko riadne, v pokoji a v primeranom čase rozmyslieť. Tiež som mal/a možnosť opýtať sa lekára na všetko, čo som považovala za podstatné a prebrať s ním to, čomu som nerozumela. Na všetky otázky som dostala jasnú a zrozumiteľnú odpoveď. Ďalej vyhlasujem, že som lekára oboznámila so všetkými skutočnosťami, ktoré sú významné pre posúdenie môjho zdravotného stavu. Akceptujem upozornenie, že v prípade nepravdivosti tohto vyhlásenia nie sú spoločnosť Biopická laboratoř s.r.o. ani ošetrojúci lekár zodpovední za tým spôsobené následky. Zaväzujem sa, že pokiaľ nastane akákoľvek zmena, budem spoločnosť Biopická laboratoř s.r.o. neodkladne písomne informovať.

- Prajem**  **Neprajem** si byť informovaná o výsledku genetického vyšetrenia.  
 **Prajem**  **Neprajem** si byť informovaná o pohlaví plodu po dokončení 12. týždňa tehotenstva (pokiaľ nejde o vyšetrenie choroby viazanej na pohlavie).

Prajem si, aby o výsledku vyšetrenia boli informované tieto osoby:

Meno: ..... Adresa: .....

- Súhlasím**  **Nesúhlasím** s uchovaním mojej DNA pre účely ďalšieho vyšetrenia v závislosti na pokroku vo výskume a v záujme ostatných členov rodiny.  
 **Súhlasím**  **Nesúhlasím** s anonymným využitím DNA k lekárskeho výskumu a zverejňovaniu získaných výsledkov v odborných publikáciách.

**Na základe tohto poučenia vyhlasujem, že súhlasím s odberom príslušnej vzorky a s vykonaním popísaného genetického laboratórneho vyšetrenia. Som si vedomá, že svoj súhlas môžem kedykoľvek odvolať. Vyhlasujem, že som všetkým údajom, poučeniam a súhlasom, ktoré mi boli oznámené a vysvetlené, porozumela.**

V ..... dňa .....

Podpis vyšetrovanej osoby (zákonného zástupcu)

Meno zákonného zástupcu: ..... Dátum narodenia: .....

Vzťah k diagnostikovanej osobe: .....

#### B. VYHLÁSENIE LEKÁRA - VYPLNÍ LEKÁR

Vyhlasujem, že som diagnostikovanej (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil/a účel, povahu, predpokladaný prospech, následky a možné riziká vyššie uvedeného genetického laboratórneho vyšetrenia. Rovnako som diagnostikovanú osobu oboznámil/a s možnými výsledkami a dôsledkami toho, ak vyšetrenie nebude možné za vyššie uvedeným účelom urobiť (nepodarilo by sa) alebo by nemalo potrebnú výpovednú hodnotu pre naplnenie sledovaného účelu. Oboznámil/a som diagnostikovanú osobu s rizikami neočakávaných nálezov, s možnými rizikami a dôsledkami v prípade odmietnutia tohto vyšetrenia. Výsledky laboratórneho vyšetrenia budú dôverné a nebudú bez súhlasu diagnostikovanej osoby oznámené tretej strane, pokiaľ platné právne predpisy neurčujú inak. Informácie o pohlaví plodu oznámim len so súhlasom a na žiadosť diagnostikovanej osobe či zákonnému zástupcovi až po ukončení 12. týždňa tehotenstva (pokiaľ nepôjde o vyšetrenie ochorenia viazaného na pohlavie).

Meno lekára: .....

Pečiatka a podpis, dátum:

## ŽIADANKA K NEINVAZÍVNEMU PRENÁTÁLNEMU TESTU PANORAMA™

**Účel genetického laboratórneho vyšetrenia:**  Neinvazívne vyšetrenie trizómii chromozómov 21, 18, 13 a aneuploidii chromozómov X a Y  
 vrátane del 22q112  
 vrátane panelu mikrolečných syndrómov  
 Pohlavie plodu

Vypĺňať paličkovým písmom

<b>INFORMÁCIE O TEHOTNEJ</b> Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/> Rodné číslo: <input type="text"/> / <input type="text"/> Vek: <input type="text"/> rokov Adresa: <input type="text"/> Poistovňa: <input type="text"/> Diagnóza: <input type="text"/> Váha: <input type="text"/> kg Výška: <input type="text"/> cm		<b>SKRÍNING</b> Vykonaný: <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie Skríning v I. trim.: <input type="checkbox"/> Kombinovaný <input type="checkbox"/> Biochemický <input type="checkbox"/> Len USG Skríning v II. trim.: <input type="checkbox"/> Triplet test <input type="checkbox"/> Integrovaný Riziko: Trizómia 21 1/ <input type="text"/> Trizómia 13 1/ <input type="text"/> Trizómia 18 1/ <input type="text"/> Indikácia: <input type="checkbox"/> Vyšší vek tehotnej <input type="checkbox"/> Pozitívny skríning <input type="checkbox"/> USG nález plodu <input type="checkbox"/> Pozitívna RA <input type="checkbox"/> Iné <input type="text"/>	
<b>TERAJŠIA GRAVIDITA</b> PM: <input type="text"/> Termín pôrodu podľa PM: <input type="text"/> Termín pôrodu podľa USG: <input type="text"/> Tehotenstvo po IVF: <input type="text"/> Počet zavedených embryí: <input type="text"/> Darované vajíčko: <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie Transplantácia kostnej drene: <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		<b>ANAMNÉZA</b> Chromozomálne aberácie v predchádzajúcich graviditách: <input type="checkbox"/> Áno Typ aberácie: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nie Genetické aberácie v RA: <input type="checkbox"/> Áno Typ aberácie: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nie Genetické aberácie v OA: <input type="checkbox"/> Áno Typ aberácie: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nie	
<b>SPÔSOB PLATBY</b> <input type="checkbox"/> V ambulancii <input type="checkbox"/> Na účet Cena za laboratórne vyšetrenie bola uhradená v našej ambulancii. Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/> V <input type="text"/> dňa <input type="text"/> Pacientka sa zaväzuje, že cenu za vyšetrenie uhradí na č. účtu: <input type="text"/> <b>SK 56 7500 0000 0040 2336 3486</b> Podpis pacientky (zákonného zástupcu)		<b>USG</b> Dátum vykonania: <input type="text"/> Počet plodov: <input type="text"/> Chorionicita: <input type="checkbox"/> BB <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> MM CRL: <input type="text"/> mm Sonoanatómia: <input type="checkbox"/> Normálna <input type="checkbox"/> Abnormálna	
		<b>ODBER VZORKY</b> Dátum/čas: <input type="text"/> Gestačný vek podľa USG: <input type="text"/> Primárna vzorka: <input type="text"/> Periférna krv <input type="text"/>	

### SÚHLAS S LABORATÓRNÝM GENETICKÝM VYŠETRENÍM PANORAMA™

#### A. VYHLÁSENIE DIAGNOSTIKOVANEJ OSOBY

Potvrďujem, že mi bolo poskytnuté genetické poradenstvo k vyššie uvedenému laboratórnemu vyšetreniu. Všetko mi bolo vysvetlené jasne a zrozumiteľne. Mal/a som možnosť si všetko riadne, v pokoji a v primeranom čase rozmyslieť. Tiež som mal/a možnosť opýtať sa lekára na všetko, čo som považovala za podstatné a prebrať s ním to, čomu som nerozumela. Na všetky otázky som dostala jasnú a zrozumiteľnú odpoveď. Ďalej vyhlasujem, že som lekára oboznámila so všetkými skutočnosťami, ktoré sú významné pre posúdenie môjho zdravotného stavu. Akceptujem upozornenie, že v prípade nepravdivosti tohto vyhlásenia nie sú spoločnosť Bioptická laboratoř s.r.o. ani ošetrojúci lekár zodpovední za tým spôsobené následky. Zaväzujem sa, že pokiaľ nastane akákoľvek zmena, budem spoločnosť Bioptická laboratoř s.r.o. neodkladne písomne informovať.

- Prajem**  **Neprajem** si byť informovaná o výsledku genetického vyšetrenia.  
 **Prajem**  **Neprajem** si byť informovaná o pohlaví plodu po dokončení 12. týždňa tehotenstva (pokiaľ nejde o vyšetrenie choroby viazanej na pohlavie).

Prajem si, aby o výsledku vyšetrenia boli informované tieto osoby:

Meno: ..... Adresa: .....

- Súhlasím**  **Nesúhlasím** s uchovaním mojej DNA pre účely ďalšieho vyšetrenia v závislosti na pokroku vo výskume a v záujme ostatných členov rodiny.  
 **Súhlasím**  **Nesúhlasím** s anonymným využitím DNA k lekárskeму výskumu a zverejňovaniu získaných výsledkov v odborných publikáciách.

**Na základe tohto poučenia vyhlasujem, že súhlasím s odberom príslušnej vzorky a s vykonaním popísaného genetického laboratórneho vyšetrenia. Som si vedomá, že svoj súhlas môžem kedykoľvek odvolať. Vyhlasujem, že som všetkým údajom, poučeniam a súhlasom, ktoré mi boli oznámené a vysvetlené, porozumela.**

V ..... dňa .....

Podpis vyšetrovanej osoby (zákonného zástupcu)

Meno zákonného zástupcu: ..... Dátum narodenia: .....

Vzťah k diagnostikovanej osobe: .....

#### B. VYHLÁSENIE LEKÁRA - VYPLNÍ LEKÁR

Vyhlasujem, že som diagnostikovanej (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil/a účel, povahu, predpokladaný prospech, následky a možné riziká vyššie uvedeného genetického laboratórneho vyšetrenia. Rovnako som diagnostikovanú osobu oboznámil/a s možnými výsledkami a dôsledkami toho, ak vyšetrenie nebude možné za vyššie uvedeným účelom urobiť (nepodarilo by sa) alebo by nemalo potrebnú výpovednú hodnotu pre naplnenie sledovaného účelu. Oboznámil/a som diagnostikovanú osobu s rizikami neočakávaných nálezov, s možnými rizikami a dôsledkami v prípade odmietnutia tohto vyšetrenia. Výsledky laboratórneho vyšetrenia budú dôverné a nebudú bez súhlasu diagnostikovanej osoby oznámené tretej strane, pokiaľ platné právne predpisy neurčujú inak. Informácie o pohlaví plodu oznámim len so súhlasom a na žiadosť diagnostikovanej osobe či zákonnému zástupcovi až po ukončení 12. týždňa tehotenstva (pokiaľ nepôjde o vyšetrenie ochorenia viazaného na pohlavie).

Meno lekára: .....

Pečiatka a podpis, dátum: