

PACIENT (unifikovaný štítek)

Číslo pojištěnce / ID: (není-li ČP, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):
Jméno a příjmení:	☐ MUŽ ☐ ŽENA
Adresa:	

* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

STATIM *		
VITÁLNÍ INDIKACE		
☐	☐	☐
Diagnóza	Diagnóza II.	Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)	Razítko, IČL a podpis lékaře:		
	Telefon žadatele:	Datum a čas odběru ** ** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)	Datum a čas příjmu
		Přijal:	

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ – označte ☒

☐ periferní krev nesrážlivá (EDTA)	☐ periferní krev nesrážlivá (Heparin)	☐ jiný materiál:
Informovaný souhlas pacienta (u vyšetření T-spot TB se nevyplňuje): ☐ založen ve zdravotnické dokumentaci *)		
*) Pacient souhlasí s uchováním BM v Laboratoři kardiogenomiky: ☐ ANO ☐ NE		
*) Pacient souhlasí s anonymním využitím BM v lékařské vědě a výzkumu: ☐ ANO ☐ NE		

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi, léčba, délka trvání a průběh onemocnění, předchozí vyšetření, apod.):

POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ – volbu označte ☒

LÉČIVA	POMOCNÁ DIAGNOSTIKA
☐ Klopidogrel (CYP2C19, P-glykoprotein - MDR1/ABCB1) odb. 208, 101, 107, 209, 305	☐ IFNγ in vitro (T-spot TB)
☐ Warfarin (CYP2C9, VKORC1) odb. 208, 101, 107, 202, 209, 210	☐ Hereditární hemochromatóza (HFE) odb. 208, 101, 202
☐ Statiny (SLCO1B1) odb. 208, 101, 107	☐ Dyslipidémie screening (ApoB, LDLR, ApoE) odb. 208, 101, 301
☐ Tamoxifen (CYP2D6) odb. 208, 101, 107, 402	☐ ApoE (E2/E3/E4) odb. 208, 101, 105, 209, 305
☐ Mavacamten (CYP2C19) odb. 208, 101, 107	☐ Alfa-1-antitrypsin (rs17580, rs28929474) odb. 208, 205, 207
☐ jiné léčivo:	☐ jiné: