



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		
PŠČ*	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.

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

## 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.)

# FLUORESCENČNÁ IN SITU HYBRIDIZÁCIA (FISH)

Histologické číslo vzorky: 

Percentuálne zastúpenie nádorových buniek\*\*:

%

**Adenoidný cystický karcinóm**

- t(6;9)(q22-23;p24.1) MYB/NFIB
- MYB (6q23.3)

**Adenokarcinóm pľúc**

- RET (10q11.21)
- KIF5B (10p11.22)

**Burkittov lymfóm**

- MYC (8q24.21)

**Dermatofibrosarcoma protuberans**

- t(17;22)(q22;q13) COL1A1-PDGFB
- COL1A1(17q21.33)
- PDGFB(22q13.1)

**Dezmozplastický tumor z malých okrúhlych buniek**

- WT1 (11p13)

**Dobre diferencovaný liposarkóm**

- delécia RB1

**Endometriálny stromálny sarkóm, high-grade**

- YWHAE (17p13.3)

**Endometriálny stromálny sarkóm, low-grade**

- JAZF1 (7p15.1-p15.2)

**Endometriálny stromálny tumor**

- PHF1 (6p21.32)

**Extraskeletal myxoid chondrosarcoma**

- NR4A3 (9q22.33-q31.1)

**Ewingov sarkóm**

- t(11;22)(q24;q12) EWSR1-FLI1
- ERG (21q22)
- EWSR1 (22q12.2)

**Fibromyxoidný sarkóm**

- FUS (16p11.2)

**Folikulový lymfóm, Lymfóm z B-buniek**

- BCL2 (18q21.33)

**Glóm**

- kodel. 1p/19q
- delécia CDKN2A/B
- ampl. EGFR

**Inflamatorný myofibroblastický tumor**

- ALK (2p23)

**Karcinóm prsníka**

- ampl. CTNNB1 (3p21)

**Karcinóm prsníka a ovárií**

- BRCA1/CEN17q

**Karcinóm prsníka a žalúdka**

- ampl. HER2

**Karcinóm vaječníka**

- trizómia chromozómu 12

**Liposarkóm**

- ampl. MDM2

**Melanóm a iné zhubné nádory kože**

- CCND1 (11q13.3)/2q11/CEN 6
- CCND1 (11q13.3)
- ALK/2q11
- IRF, DUSP22 (6p25)
- ampl. MYB
- KMT2A (11q23.3)
- delécia CDKN2A/B

**Mnohopočetný myelóm**

- t(11;14)(q13.3;q32.3) CCND1-IGH
- IGH(14q32.33)

**Mukoepidermoidný karcinóm**

- t(11;19)(q21;p13.1) MAML2

**Myxoidný liposarkóm**

- DDIT3 (12q13.3)

**Nemalobunkový karcinóm pľúc**

- ROS1 (6q22.1)

**Nezhubný lipomatózny tumor, bližšie neurčený**

- elécia RB1

**Non - Hodgkinov lymfóm**

- BCL6 (3q27.3)

**Osteosarkóm, Atypický lipomatózny tumor, Liposarkóm**

- ampl. CDK4

**Papilárny karcinóm štítnej žľazy**

- RET (10q11.21)

**Pilocytický astrocytóm**

- BRAF/KIAA
- BRAF (7q34)

**Pleomorfný lipóm/ lipóm vretenovitých buniek**

- delécia 13q
- delécia 16q

**Rabdomyosarkóm**

- ampl. MYOD1

**Renálny bunkový karcinóm**

- TFE3 (Xp11.23)
- TFEB (6p21.2)

**Sarkóm mäkkých tkanív**

- ETV6 (12p13.2)

**Sarkómy s prestavbou génu BCOR**

- BROCA (Xp11.4)

**Solidné nádory**

- NTRK1(1q23.1)
- NTRK2(9q21.33)
- NTRK3(15q25.3)

**Synoviálny sarkóm**

- t(X;18)(p11;q11) SS18-SSX
- SS18(18q11.2)

**Mola hydratidosa (numerické aberácie chromozómov)**

- CEN17 (alpha satellites)
- X (Xp11.1-q11.1)
- t(X;Y)(p11.1-q11.1;p11.1-q11.1) X/Y

**Zhubný nádor maternice**

- ampl. GLI1

\*\* dôležitý/nevýhnutný údaj

**VYHLÁSENIA PACIENTA – SAMOPLATCU LABORATÓRNYCH 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 cytogenetického vyšetrenia, dôvernosc 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 spracovania osobných údajov v súvislosti s poskytnutím vyšetrení na právnom základe vyplývajúcom z právnych predpisov a oboznámil som sa s informáciami o spracovaní 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.sk@unilabs.com](mailto:info.sk@unilabs.com)

Osobné údaje sú spracovávané na účely stanovenia klinickej diagnózy a služieb s tým spojených.

Viac informácií o spracovaní vašich osobných údajov a o právach nájdete na <https://www.unilabs.sk/ochrana-udajov>