




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.

 55 Tkanivo	 00 Tkanivo – Parafínový blok	 DD Iný materiál Špecifikujte materiál
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.)

# 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 promotóra MGMT, treba dodať aj zdravé tkanivo	(MGMTSOM)
<input type="checkbox"/> NRAS (kodóny 12, 13, 59, 61, 117 a 146)	(NRAS)	<input type="checkbox"/> Metylácia promotóra MLH1, treba dodať aj zdravé tkanivo	(MLH1MP)
<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"/> NSCLC-ALK, ROS1, RET, NTRK1/2/3 fúzie, MET ex14 skipping	(NSCLC)	<input type="checkbox"/> PDGFRA (exóny 12, 14 a 18)	(GIST)
<input type="checkbox"/> MSI (mikrosatelitová nestabilita), treba dodať aj zdravé tkanivo	(MSI)	<input type="checkbox"/> POLE (kodóny 286, 297, 367, 411, 436, 456, 459)	(ENKA)
<input type="checkbox"/> ctDNA-KRAS (kodóny 12, 13, 59, 61, 117 a 146)	(KRASSKCT)	<input type="checkbox"/> FOXL2 (c.402C>G)	(MNOGB)
<input type="checkbox"/> ctDNA-NRAS (kodóny 12, 13, 59, 61, 117 a 146)	(NRASSKCT)	<input type="checkbox"/> Oblasť IS6110 – Mycobacterium complex	(OMC)
<input type="checkbox"/> ctDNA-BRAF (kodón 600)	(BRAFSKCT)		
<input type="checkbox"/> ctDNA-EGFR (exóny 18, 19, 20 a 21)	(EGFRSKCT)		

## SOMATICKÝ NGS PANEL GÉNOV

CGP (TSO500 – komplexné genomické profilovanie nádorov) (KGPN)

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE PRE VYŠETRENIE CGP:

Anamnéza pacienta: primárna diagnóza/štádium ochorenia

STAGING OCHORENIA V ČASE TESTOVANIA:

STAV OCHORENIA V ČASE TESTOVANIA:

metastatický  rekurentný  refraktérny  relaps  Iné...

TERAPIA:

DIAGNÓZA:

Prsník  Ovárium  Melanóm  
 NSCLC  Prostata  KRK  
 Iné...

PRÍLOHY ŽIADANKY:

- Kópia histologického výsledku
- Výsledky doterajšieho molekulárneho testovania (FISH, IHC, iné...)
- Žiadosť o vzorku FFPE tkaniva\*\*\*

\*\* dôležitý/nevyhnutný údaj

\*\*\* v prípade, že FFPE tkanivo bolo spracované mimo siete Unilabs. V žiadosti prosíme uviesť názov laboratória, adresu, telefónne číslo pracoviska a bioptické číslo vzorky.

### VYHLÁSENIA PACIENTA – SAMOPLATCU LABORATÓRNYCH VYŠETRENÍ

Ja, pacient (prip. 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, dôveryhodnosť výsledkov vyšetrenia a poučeniu 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 vyšetrenia na právnom základe vyplývajúcom z právnych predpisov a oboznámil som sa s informáciami o spracúvaní osobných údajov.

Dátum:  Podpis:

Vyhrazené 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)