



KOMPLEXNÍ POUKAZ NA LABORATORNÍ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ SAMOPLÁTCE



ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ/LÉKAŘ:

Jméno a
příjmení
lékaře:

IČZ:

Razítko a podpis lékaře: (adresa, telefon, e-mail)

Tímto podpisem stvrzuji, že byl odběr proveden s informova-
ným souhlasem pacienta a prohlašuji, že podepsaný IS paci-
entem je přiložen k žádance, nebo byl ponechán a je součástí
dokumentace pacienta u indikujícího lékaře.

PACIENT

Jméno a příjmení

Číslo pojistěnce
(rod. číslo)

Telefon

Pohlaví: Muž ☐ Žena ☐ E-mail

Bydliště

ODEBRANÝ MATERIÁL

- ☐ Bukální stěr (B) ☐ Periferní krev v EDTA (molekulární genetika) (K)
- ☐ Cervikální stěr (C) ☐ Periferní krev v heparinu (cytogenetika) (KH)
- ☐ Plodová voda (AMC) ☐ Choriové klky (CVS)
- ☐ Abort (AB) ☐ Fetální krev v EDTA/heparinu (FK)
- ☐ Uretrální stěr (U) ☐ Mikrobiální stěr (M)
- ☐ Jiný typ, _____

V případě odběru bukalního stěru samot-
ným pacientem: **Potvrzuji, že odebraný
vzorek bukalního stěru je můj vlastní.**

Podpis pacienta

Datum a čas
odběru:

Datum a čas
příjmu:

Číslo žádanky:

POUČENÍ KLIENTA O CENĚ ZA ZDRAVOTNÍ VÝKON:

Samoplátce byl zdrav. pracovníkem poučen o ceně za zdravotní výkon a dobrovolně se rozhodl tento výkon uskutečnit. **Klient prohlašuje, že byl poučen, že v některých případech může být výkon rovněž hrazen z veřejného zdravotního pojištění a klient požaduje poskytnutí výkonu za přímou úhradu. Klient se zavazuje zaplatit výše uvedenou cenu za zdravotní výkon do 14-ti dní ode dne podpisu žádanky.** Vyšetření bude vykonané po přijetí úhrady na bankovní účet a daňový doklad bude zaslán na výše uvedenou adresu a nebo si ho může klient převzít osobně.

Samoplátce uhradí uvedenou sumu:

A) **bankovním převodem** na č. ú. **1990237/0100** (VS: číslo žádanky).

IBAN: CZ53 0100 0000 0000 0199 0237, SWIFT: KOMBCZPP

B) **v hotovosti** v registrační pokladně (osobně v sídle firmy)

V

Dne

Podpis

GHC GENETICS s.r.o., V Holešovičkách 1156/29, 182 00 Praha 8,
IČ: 28188535, **Bezplatná linka +420 800 390 390**,
info@ghcgenetics.cz, akreditované podle ČSN EN ISO 15189:2013 pod
číslem 8124, certifikované podle ČSN EN ISO 9001:2015,
ČSN EN ISO/IEC 27001:2006. **www.ghcgenetics.cz**



Laboratoře lékařské genetiky s.r.o., Masarykovo náměstí 2667,
Pardubice, PSČ: 530 02, IČ: 03909689,
tel.: **+420 466 611 203**, info@genetikapardubice.cz,
akreditované podle ČSN EN ISO 15189:2013 pod číslem 8080,
www.genetikapardubice.cz



KOMPLEXNÍ GENETICKÁ VYŠETŘENÍ

Název vyšetření	Specifikace vyšetření	Materiál	Cena (Kč)
☐ GenScan®	Komplexní prediktivní genetická analýza, USB disk, výsledná genetická zpráva	K, B	17 600
☐ GynGen®	Komplexní prediktivní genetická analýza pro ženy, USB disk, výsledná genetická zpráva	K, B	5 800
☐ GenForMen®	Komplexní prediktivní genetická analýza pro muže, USB disk, výsledná genetická zpráva	K, B	5 800
☐ AteroGen®	APOB -100 (p.R3500Q); APOE (alely E2,E3,E4); GPIIIa (p.L33P); ACE (ins/del 287kb); FGB (c.-455G>A); NOS3 (c.-786T>C, c.894G>T); LTA (c.804C>A)	K, B	3 500
☐ TromboGen®	FV (Leidská mutace c.1691G>A), FII (Protrombin, c.20210G>A), MTHFR (c.677C>T, c.1298A>C)	K, B	1 600
☐ TromboGen Plus®	FV (Leidská mutace c.1691G>A), FII (Protrombin, c.20210G>A), MTHFR (c.677C>T, c.1298A>C), PAI-1 (alela 4G/5G)	K, B	2 400
☐ DentalGen®	IL-1A (c.-899C>T); IL-1B (c.3953C>T); HLA-alely DRB1*04; Bakteriální detekce: A. actinomycetemcomitans, C. rectus, C. sputigena, C. gingivalis, P. micra, E. nodatum, E. corrodens, F. nucleatum, P. gingivalis, P. intermedia, T. forsythia, T. denticola	M	3 000

HEMATOGENETIKA/KARDIOGENETIKA

Název vyšetření	Specifikace vyšetření	Materiál	Cena (Kč)
☐ Trombofilie Faktor V a II STATIM 5 dnů	F5 (Leidská mutace c.1691G>A), F2 (Protrombin, c.20210G>A) A/AP	K, B	800 1 000
☐ Trombofilie Faktor V	F5 (Leidská mutace c.1691G>A) A/AP	K, B	600
☐ Trombofilie Faktor II	F2 (Protrombin, c.20210G>A) A/AP	K, B	600
☐ Trombofilie Faktor V/R2	F5/R2 (p.H1299R)	K, B	600
☐ Trombofilie Faktor XIII	F13A1 (p.V34L)	K, B	600
☐ Trombofilie MTHFR	MTHFR (c.677C>T, c.1298A>C) A/AP	K, B	800
☐ Trombofilie PAI-1	PAI-1 (alela 4G/5G), gen SERPINE1 A	K, B	800
☐ Familiární hypercholesterolemie	APOB-100 (p.R3500Q)	K, B	700
☐ Hyperlipoproteinémie/ Ateroskle- róza/ Ischemická srdeční choroba/ Alzheimerova choroba	APOE (alely E2, E3, E4)	K, B	2 200
☐ Hypertenze/ Ischemická srdeční choroba	ACE (inzerce/delece 287 kb)	K, B	2 200
☐ Chronická obstrukční plicní nemoc/ Emfyzém plic	Deficit α1-Antitrypsinu, SERPINA1, alela S (p.E264I), alela Z (p.E342K)	K, B	2 200
☐ Hemochromatóza	HFE (p.C282Y, p.H63D)	K, B	2 200
☐ Gilbertův syndrom	UGT1A1 (promotor, TATA box)	K, B	700

Platnost formuláře od 1.7.2019

Zkratka: **A** – akreditovaná metoda GHC GENETICS s.r.o., **AP** – akreditovaná metoda Laboratoře lékařské genetiky, s.r.o.

Periferní krev v EDTA (K); 2–5 ml v EDTA; do 72 h.

Plodová voda (AC); 15–20 ml; do 12 h.

Periferní krev v heparinu (KH); 3–6 ml v heparinu; do 72 h.

Bukální stěr (B); stěrová tyčinka, bez media; do 5 kalendářních dní

Choriové klky (CVS); fyziologický roztok nebo kultivační médium; do 24 h.

Fetální tkáň (AB); tkáň abortu ve fyziologickém roztoku nebo v kultivačním médiu; do 24 h.

Fetální krev (FK); 3–6 ml v heparinu (cytogenetika)/EDTA (mol. genetika); do 12 h.

Cervikální stěr (C); Copan® Swab – speciální odběrová souprava dodaná naší laboratoří; do 24 h.

Uretrální stěr (U); Copan® Swab – speciální odběrová souprava dodaná naší laboratoří; do 24 h.

Mikrobiální stěr (M); Periodontis Plus® – speciální odběrová souprava dodaná naší laboratoří; do 24 h.

IMUNOGENETIKA

Název vyšetření	Specifikace vyšetření	Materiál	Cena (Kč)
☐ Celiakie	HLA alely DQA1, DQB1 (haplotypy DQ2cis, DQ2trans, DQ8) A	K, B	2 200
☐ Laktózová intolerance	LCT (C/T-13910, G/A-22018)	K, B	1 900
☐ Hereditární fruktózová intolerance	ALDOB (del4E4, p.A149P, p.A174D, p.N334K)	K, B	1 900
☐ Histaminová intolerance	AOC1 (4 vybrané mutace)	K, B	1 900
☐ Ankylozující spondylitis (Bechtěrevova choroba)	HLA (alela B27) A/AP	K, B	1 100

FARMAKOGENETIKA

Název vyšetření		Specifikace vyšetření	Materiál	Cena (Kč)
☐	Metabolismus xenobiotik	GSTT1 (del), GSTM1 (del), GSTP1 (p.I105V)	K, B	1 000

HEREDITÁRNÍ SYNDROMY

Název vyšetření		Specifikace vyšetření	Materiál	Cena (Kč)	
☐	Hereditární karcinom prsu a ovarií (HBOC)	BRCA1, BRCA2, PALB2 – celé geny CHEK2 (c.1100delC, delece exonů 9-10)	A/AP	K	25 000
☐	BRCA screen	BRCA1, BRCA2 (24 vybraných mutací)	A	K, B	2 000
☐	Panel genů asociovaných s onkologickými dědičnými syndromy	55 vysoko/středně-rizikových genů		K	35 000
☐	Rozšířený panel genů asociovaných s onkologickými dědičnými syndromy	219 rizikových genů		K	40 000
☐	Klinický Exom	4493 genů		K	82 000
☐	Prediktivní test specifické mutace	Gen _____ Mutace _____ Metoda: ☐ MLPA ☐ Sanger sekv. ☐ RT-PCR		K, B	5 000

DALŠÍ HEREDITÁRNÍ CHOROBY

Název vyšetření		Specifikace vyšetření	Materiál	Cena (Kč)
☐	Cystická fibróza	CFTR (50 mutací + IVS8-polyTG) AP	A/ K, B	9 500
☐	Syndrom fragilního X (FRAXA)	FMR1	K	5 000
☐	Spinální muskulární atrofie	SMN1, SMN2, MLPA AP	K	9 800
☐	Mikrodelece Y-chromozomu	AZF _a , AZF _b , AZF _c , celkem 14 lokusů vč. SRY	K, B	4 000
☐	Mikrodeleční syndromy	MLPA	K	9 800

Zkratka: **A** – akreditovaná metoda GHC GENETICS s.r.o., **AP** – akreditovaná metoda Laboratoře lékařské genetiky, s.r.o.

TRANSPORTNÍ PODMÍNKY:

Typ vzorku (Zkratka): Objem, typ media; Čas dodání vzorku od odběru.

Teplota transportu všech vzorků: 4–25°C, nezmrazit!

CYTOGENETIKA (transport do 24 hod., AMC citlivá, optimálně analyzovat do 12 hod.)

Název vyšetření		Specifikace vyšetření		Materiál	Cena (Kč)
☐	Karyotyp (chromoz. vyšetření, G-pruhy)	G-band barvení	AP	KH, AMC, CVS, AB, FK	6 000
☐	Získané chromozomové aberace (ZCA, zlomy)	Analýza zlomových míst chromozomů		KH	3 000
☐	Vyšetření gonozomální mozaiky	Chromozomy X/Y	AP	KH, AMC, CVS, AB, FK	7 000
☐	FISH – aneuploidie chr. 13	Chromozom 13	AP	AMC, CVS, AB	7 000
☐	FISH – aneuploidie chr. 18	Chromozom 18	AP	AMC, CVS, AB	7 000
☐	FISH – aneuploidie chr. 21	Chromozom 21	AP	AMC, CVS, AB	7 000
☐	Komplexní FISH – aneuploidie	Chromozomy 13, 18, 21, X, Y		AMC, CVS, AB	8 000
☐	Mikrodeleční syndromy	FISH		KH, AMC, CVS, AB, FK	7 000
☐	PCR diagnostika – aneuploidie <i>nutné dodat i krev probandky!</i>	Chromozomy 13, 15, 16, 18, 21, 22, X, Y		K, AMC, CVS, AB, FK	6 000
☐	Jiné vyšetření <i>(po domluvě s laboratoří):</i>				

DALŠÍ GENETICKÉ TESTY

Název vyšetření	Specifikace vyšetření	Materiál	Cena (Kč)
☐ Sexuálně přenosné choroby (STD)	HPV DNA (HR/LR); HSV1/2 DNA; Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum	C, U	2 500
☐ Lidské papilomaviry: screening HR-HPV	HPV-HR 16, 18 a HPV-LR 6, 11	C, U	2 200
☐ Lidské papilomaviry: HPV genotypy	HR-HPV (16, 18, 45, 30 a 50); LR-HPV (6, 11)	C, U	2 500
☐ Rezistence proti HIV	CCR5 (delece 32 bp)	K, B	1 000
☐ Alopecie (Plešatost)	EDA2R, AR (5 vybraných mutací)	K, B	2 300
☐ Testy otcovství	Autosomální STR sekvence	K, B	4 000
☐ Izolace DNA	Izolace DNA z primárního vzorku, změření koncentrace a čistoty DNA	K, B	400
☐ Wilsonova choroba	ATP7B (celý gen)	K	20 000
☐ Crohnova choroba	NOD2/CARD15 (c.2104C>T, c.2722G>C, c.3019_3020insC)	K	3 000
☐ Vrozená nesyndromová ztráta sluchu	GJB2 (celý gen)	K	20 000

GENETICKÁ KONZULTACE

Název vyšetření	Specifikace vyšetření	Cena (Kč)
☐ Vstupní konzultace	Při vstupní konzultaci je klinickým genetikem zjišťována osobní a rodinná anamnéza a klient je plně informován a poučen o vyžádaném vyšetření. Po zhodnocení anamnézy mohou být některá z doporučených vyšetření hrazena ze ZP.	1 400
☐ Závěrečná konzultace	Při závěrečné konzultaci je klientovi doporučena příslušná preventivní péče a případně je mu předána žádanka na další vyšetření na základě výsledků provedené genetické analýzy.	2 300