

TEST REQUISITION FORM / ŽÁDOST O PROVEDENÍ TESTU

Patient details / Údaje o pacientce

Name / Jméno _____

Surname / Příjmení _____

Date of birth / Datum narození _____

Place of birth / Místo narození _____

Address / Adresa _____

Date of blood withdraw/Datum odběru krve _____

Doctor details / Údaje o lékaři

Gynecologist Name / Jméno lékaře _____

Gyneekologist address /Adresa lékaře _____

Phone / Tel. číslo _____

Email _____

Type of test / Typ požadovaného testu

For Singleton Pregnancy /Pro jednočetné těhotenství :

- PrenatalSafe 5** (21, 13, 18, X, Y)
- PrenatalSafe PLUS** (21, 18, 13, X, Y) +
- trisomies 9, 16 / trizomie 9, 16**
- microdeletion / mikrodeleční panel**
(zahrnuje syndromy: 22q11 DiGeorge; 15q11 Angelman/Prader-Willi; 1p36 delece; 4p-Wolf-Hirschhorn; 5p-Cri-du-chat; Jacobsenův syndrom: 11q, Langer-Giedionův syndrom: 8q; Smith-Magenis syndrom: 17p)
- PrenatalSafe KARYO**
 testování všech chromozómů na úrovni karyotypu, aneuploidie i strukturní chromozomové aberace
- PrenatalSafe KARYO PLUS**
 spojení testů PrenatalSafe KARYO a PLUS
- PrenatalSafe COMPLETE**
 spojení testů PrenatalSafe KARYO a GeneSafe Complete
- PrenatalSafe COMPLETE PLUS**
 spojení testů PrenatalSafe KARYO PLUS a GeneSafe Complete
- GeneSafe Inherited** **GeneSafe de novo**
- GeneSafe COMPLETE**
 spojení testů Inherited a de novo

Rychlost výsledků

- Test Standard Protokol FAST - výsledek do 3-5 pracovních dnů (nelze pro PS PLUS a PS KARYO PLUS)

Do you wish to know the gender?/
 Přejete si znát pohlaví? YES/ANO NO/NE

Is it a redraw?/Jedná se o opakovaný odběr? YES/ANO NO/NE

For Twin Pregnancy /Pro dvojčetné těhotenství :

- PrenatalSafe 3** (21, 13, 18)
- Presence of Y option/ Zjištění přítomnosti chromozómu Y
- Prenatal KARYO**
 testování všech chromozómů na úrovni karyotypu, aneuploidie i strukturní chromozomové aberace

Indication for testing / Indikace k testování

- Advanced maternal age / Vyšší věk matky
- Parental anxiety / Obava rodičů
- Abnormal ultrasound findings / Abnormální ultrazvukové nálezy:

- Previous pregnancy with aneuploidy / Předchozí těhotenství aneuploidní
- Abnormal maternal serum screening test / Abnormální výsledek screeningového testu u matky
- Other indication / Jiná indikace
- None / Žádná indikace

Pregnancy history / Podrobnosti o těhotenství

Patient current weight Kg / Současná váha pacientky v kg Patient height / Výška pacientky

Gestational age at draw / Gestační stáří v den odběru ____ (weeks / týdnů) + ____ (days / dnů)

Gestational age calculated by / Gestační stáří vypočítáno dle:

- Ultrasound / Ultrazvuk
- Last menstrual period / Poslední menstruace
- IVF treatment / IVF léčba

Twin pregnancy ? / Dvojčetné těhotenství?

YES/ANO

NO/NE

IVF pregnancy? / Těhotenství po IVF?

YES/ANO

NO/NE

Reporting preferences / Doručení výsledků

PHYSICIAN, LABORATORY / LÉKAŘ, LABORATOŘ

Zaškrtněte prosím, který způsob doručení výsledků preferujete a vyplňte i podrobnosti (emailovou adresu, nebo Vaši adresu)

E-mail: **info@prenatalsafe.cz**

Zde prosím vložte Vaše razítko a podpis:

GENPROGRESS, s.r.o.

Studentská 812/6

Brno, 625 00

Česká republika

Signature /
 Podpis pacientky