

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ PŘÍTOMNOSTI MUTACÍ GENŮ **JAK2** A **CALR** (U Ph- MYELOPROLIFERATIVNÍCH ONEMOCNĚNÍ)

Jméno a příjmení vyšetřované osoby:

Pohlaví:

žena

muž

Číslo pojištěnce:

Pojišťovna:

Kód diagnózy:

Ordinující lékař:

Datum odběru:

Instituce, poštovní adresa,
razítko, podpis:

IČZ nebo IČP:

Odbornost:

Pohlaví:

Nejdříve bude provedeno vyšetření na přítomnost mutace V617F JAK2 (exon 14)

toto vyš. si již nepřejeme (neboť uděláno dříve s negat. výsledkem)

Při negativním výsledku na tuto mutaci dále požadujeme vyšetřit - zaškrtněte:

alternativní mutace JAK2 v exonu 12 (u zjevné **polyglobulie**)

mutace CALR (kalretikulinu) (u zjevné **trombocytémie** nebo **myelofibrózy**)

Vzorek:

Periferní krev

Punktát dřeně

Pacient *nesouhlasí*:

s vyšetřením DNA

s anonymním využitím DNA k výzkumným účelům

s uskladněním DNA

Poslední KO:

Datum:

WBC:

Tr:

Hkt:

Hb:

Diagnóza slovy:

Datum dg.:

Tehdejší KO: WBC:

Hkt:

Hb:

Tr:

Byla provedena dg. biopsie?

Datum biopsie:

Kde byla biopsie odečtena, event. její číslo:

Absolvoval již pacient léčbu cyto-/ tromboreduktivy?
(hydroxyurea, anagrelid, interferon)

ano ... uveďte:

ne

Náběr:

V případě, že si přejete jen dovyšetřit JAK2 exon 12 nebo CALR mutaci, nemusíte posílat nový vzorek krve (pošlete jen žádanku). Mutace JAK2 V617F nebude vyšetřována ani účtována.

Nejvhodnější pro vyšetření je periferní krev: 8 - 10 ml.

Nevystavovat teple ani mrazu – optimum 4 °C!!!

Médium při odběru: možno ACD, citrát, EDTA. Heparin méně vhodný!

Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem vyšetřovaného a dle pokynů laboratorní příručky, dostupné na www.uhkt.cz