



GHC GENETICS SK

Laboratórium genomickej medicíny
GHC GENETICS SK, s.r.o., NZZ
Vedecký park UK
Ilkovičova 8, 841 04 BratislavaŽiadanka
DNA TESTY SAMOPLATCA

Platná od 1.11.2023

Vyplní laboratórium

Číslo žiadanky _____

Dátum prijmu _____

ÚDAJE VYŠETROVANEJ OSOBY

Meno a priezvisko _____ Telefón _____
Rodné číslo _____ Email _____
Bydlisko _____

ODOBRANÝ MATERIÁL

Odobraný materiál Periférna krv v EDTA (PK) Bukálny ster (BS) Gingiválny ster (GS) Iný: _____

Dátum odberu _____

ŽIADAJÚCI LEKÁR

Fakturovať Pacient (pacient zaplatí test laboratóriu) Lekár (pacient zaplatí test v ambulancii)

Adresa pracoviska _____

Upozornenie: Odber materiálu má byť uskutočnený s INFORMOVANÝM SÚHLASOM osoby, ktorý je súčasťou žiadanky

Pečiatka a podpis

POUČENIE O CENE ZA ZDRAVOTNÍCKY VÝKON (ak je klient samoplatca, vyplní a podpíše klient)

Klient, samoplatca bol zdravotníckym pracovníkom poučený o cene za zdravotný výkon a dobrovoľne sa rozhodol tento výkon uskutočniť.

Klient prehlasuje, že bol poučený, že v niektorých prípadoch (napr. pri splnení indikačných kritérií) môže byť zdravotnícky výkon hrađený z verejného zdravotného poistenia, že bol na túto skutočnosť upozornený a požaduje poskytnutie daného výkonu za priamu úhradu. Klient sa zaväzuje zaplatiť uvedenú cenu za zdravotný výkon maximálne do 14 dní odo dňa podpisu žiadanky.

Vyšetrenie bude vykonané až po prijatí úhrady na účet a daňový doklad bude zaslaný na vyššie uvedenú adresu, alebo si ho môže klient prevziať osobne v sídle firmy. Samoplatca uhradí uvedenú sumu v sídle firmy, alebo bankovým prevodom na účet:

IBAN SK11 1100 0000 0026 2170 1853, SWIFT TATRSKBX, VS: rodné číslo bez lomítka.

Miesto _____

Dátum _____

Podpis klienta _____

Názov testu	Špecifikácia DNA testu	Cena (€)	Materiál	Trvanie
POTRAVINOVÉ INTOLERANCIE				
<input type="checkbox"/> Celiakia	HLA alely DQ2.2, DQ2.5, DQ8	90,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Laktózová intolerancia	LCT (c.-13910T>C, c.-22018A>G)	90,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Histamínová intoleran.	AOC1 (c.-691G>T, c.-594A>T, c.47C>T, c.995C>T)	110,-	PK, BS	15 dní
DENTÁLNE OCHORENIA				
<input type="checkbox"/> Dental BAC	DNA detekcia 12 paropatogénnych baktérií: <i>Aggreg. actinomycetemcomitans, Campylobacter rectus, Capnocytophaga gingivalis, Eikenella corrodens, Eubacterium nodatum, Fusobacterium sp., Parvimonas micra, Prevotella intermedia, Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola, Tannerella forsythia, Filifactor alocis</i>	70,-	GS	15 dní
<input type="checkbox"/> Dental GEN	DNA varianty v 9 génoch IL1A, IL1B, IL1RN, HLA-DRB1, TNF, NIN, IL19, GLT6D1, IL6	90,-	BS, GS	15 dní
<input type="checkbox"/> Dental DUO	Kombinácia testov Dental BAC a Dental GEN	130,-	GS	15 dní
ONKOLOGICKÉ OCHORENIA				
<input type="checkbox"/> BRCAscreen	31 najčastejších mutácií génov BRCA1/2 v ČR a SR populácii	130,-	PK, BS	15 dní

IČO: 35 921 528
DIČ: 2021964604
IČ DPH: SK2021964604Tel.: +421 2 43 191 912
e-mail: info@ghc.sk
web: www.ghcgenetics.skLaboratórium genomickej medicíny
GHC GENETICS SK, s.r.o., NZZ
Vedecký park UK
Ilkovičova 8, 841 04 Bratislava



GHC GENETICS SK

Laboratórium genomickej medicíny
GHC GENETICS SK, s.r.o., NZZ
Vedecký park UK
Ilkovičova 8, 841 04 Bratislava

SRDCOVO-CIEVNE OCHORENIA

<input type="checkbox"/> TromboGen	<i>F5</i> (Leiden, G1691A), <i>F2</i> (G20210A), <i>MTHFR</i> (C677T, A1298C), <i>PAI</i> (4G/5G), <i>F5</i> (R2)	120,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> KardioGen	<i>ACE</i> (Ins/Del, resp. c.2306-105ins), <i>ITGB3</i> (resp. GPIIIa) (L89P, resp. c.176T>C, (p.Leu59Pro)), <i>FGB</i> (c.-455G>A), <i>F13A1</i> (c.103G>T, p.Val35Leu), <i>AGT</i> (c.803T>C, p.Met268Thr), <i>AGTR1</i> (c.*86A>C), <i>CBS</i> (c.844ins67)	140,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombo+KardioGen	Kombinácia vyššie uvedených testov	190,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombofílie Faktor 5 a 2	<i>F5</i> (Leiden, G1691A, resp. c.1601G>A), <i>F2</i> (G20210A, resp. c.*97G>A)	50,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombofílie MTHFR	<i>MTHFR</i> (C677T, resp. c.665C>T, p.A222V; A1298C, resp. c.1286A>C, p.E429A)	50,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombofílie PAI	<i>PAI</i> , resp. <i>SERPINE1</i> (alel 4G/5G)	50,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombofílie Faktor 5/R2	<i>F5</i> (R2, resp. c.3980A>G, p.H1327R)	50,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Ischémia srdca/Alzheimer	<i>APOE</i> (alely E2, E3, E4)	90,-	PK, BS	15 dní

METABOLICKÉ OCHORENIA

<input type="checkbox"/> Cystická fibróza	<i>CFTR</i> (64 najčastejších mutácií, IVS8-5T)	230,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Spinálna muskul. atrofia	<i>SMN1</i> , <i>SMN2</i> , <i>MLPA</i> (exón 7, 8)	110,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Hluchota	<i>GJB2</i> (DNA variant c.35delG)	90,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Deficit A1AT (CHOCHP/Hep. dysfunkcia)	<i>SERPINA1</i> , alela S (p.E264I)/alela Z (p.E342K)	100,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Hemochromatóza	<i>HFE</i> , 2 exóny (p.H63D, p.S65C, p.C282Y)	110,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Gilbertov syndróm	<i>UGT1A1</i> , promótor, TATA box	50,-	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Wilsonova choroba	<i>ATP7B</i> , variant p.H1069Q	90,-	PK, BS	15 dní

PRENATÁLNY DNA TEST

<input type="checkbox"/> PCR aneuploidie	Chromozómy 13, 18, 21, X, Y	150,-	PV	3-5 dní
--	-----------------------------	-------	----	---------

MUŽSKÁ STERILITA

<input type="checkbox"/> Mikrodelécie Y-chromoz.	<i>AZFa</i> , <i>AZFb</i> , <i>AZFc</i> , 14 <i>SRY</i> lokusov	130,-	PK, BS	15 dní
--	---	-------	--------	--------

INÝ POŽADOVANÝ DNA TEST

Cena špecifického individuálneho testu ako aj doba trvania budú určené po telefonickej konzultácii dohodou.

 Vpísať:

Poznámky:

TRANSPORTNÉ PODMIENKY

Typ vzorky	Skratka	Objem, typ média	Teplota	Dodanie vzorky od odberu
Periférna krv v EDTA	PK	1 skúmavka, 1-2 ml v EDTA	Nemraziť	do 10 dní
Bukálny ster	BS	Sušiť voľne na vzduchu cca 1 hod.	Bez nároku	do 30 dní
Amniová/plodová voda	PV	15-20 ml, bez média	Nemraziť	do 2 dní
Gingiválny ster, parodont	GS	Špec. odberový set, sušiť v skúmavke cca 1 hod.	Bez nároku	do 10 dní

IČO: 35 921 528
DIČ: 2021964604
IČ DPH: SK2021964604Tel.: +421 2 43 191 912
e-mail: info@ghc.sk
web: www.ghcgenetics.skLaboratórium genomickej medicíny
GHC GENETICS SK, s.r.o., NZZ
Vedecký park UK
Ilkovičova 8, 841 04 Bratislava

INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU S GENETICKÝM VYŠETRENÍM

1. VYŠETROVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL:	<input type="checkbox"/> Periférna krv v EDTA (PK) <input type="checkbox"/> Bukálny ster (BS) <input type="checkbox"/> Gingiválny ster (GS) <input type="checkbox"/> Iný:	
2. NÁZOV GENETICKÉHO LABORÁTORNEHO VYŠETRENIA:		
3. ÚČEL GENETICKÉHO LABORÁTORNEHO VYŠETRENIA:	<input type="checkbox"/> Zistenie predispozície na chorobu/ funkciu organizmu <input type="checkbox"/> Overenie/potvrdenie diagnózy	
4. INFORMÁCIE O MEDICÍNSKOM GENETICKOM LABORÁTORNOM VYŠETRENÍ:		
DNA laboratórne vyšetrenie pre medicínske účely je špecializované vyšetrenie, ktoré u vyšetrovanej môže viesť k potvrdeniu alebo vylúčeniu prítomnosti predispozície dedičného ochorenia a určit riziko/pravdepodobnosť dedičného ochorenia u potomkov, príp. viesť k identifikácii rôznych patogénov a určit riziko/pravdepodobnosť vzniku príslušného ochorenia. Predpokladaný prínos genetického laboratórneho vyšetrenia: Predikcia príp. prevencia vzniku dedičného ochorenia alebo potvrdenie prítomnosti patogénu. Znalosť príčiny genetického ochorenia, príp. prítomnosť patogénu môže viesť k upresneniu diagnózy, efektívnej a cielenej liečbe, alebo predchádzaniu možných komplikácií. Zároveň je predpokladom genetického poradenstva alebo nastavenia špeciálneho manažmentu príslušným odborníkom. Alternatívny genetického laboratórneho vyšetrenia: Metodické postupy DNA testov predstavujú vzhľadom na súčasné poznatky najpresnejšie možnosti laboratórnej diagnostiky a poskytujú informáciu, ktorá môže byť prínosná v klinickom manažmente klienta aj jeho príbuzných. Vplyv genetického laboratórneho vyšetrenia na zdravie subjektu, vrátane zdravia budúcich generácií, informácie o rizikách neočakávaných nálezov pre subjekt a geneticky príbuzné osoby: a) Pozitívny výsledok DNA analýzy, t. j. dôkaz patologického DNA variantu/dôkaz prítomnosti patogénneho agensu, môže ovplyvniť zdravotnú starostlivosť a manažment o pacienta príp. členov rodiny. b) Zistenie tzv. neočakávaných nálezov, ktoré môžu mať pre zdravotnú starostlivosť a manažment pacienta a genetických príbuzných zásadný vplyv (napr. zistenie prenášateľstva niektorých genetických ochorení). c) Zistenie nálezov, ktoré sa odlišujú od nálezov bežných, ale ich konkrétny vplyv na súčasný a/alebo budúci zdravotní stav pacienta a genetických príbuzných nemožno na základe súčasných znalostí stanoviť. Možné obmedzenia vo zvyčajnom spôsobe života a v pracovných schopnostiach po poskytnutí genetického laboratórneho vyšetrenia, príp. zmeny zdravotnej spôsobilosti: Po odbere biologického materiálu, periférnej krvi je nutné riadiť sa pokynmi zdravotníckeho pracovníka a vyčakať odporúčenú dobu v čakárni. Výsledok vyšetrenia môže byť pre vyšetrovanej stresujúci. Údaj o liečebnom režime a preventívnych opatreniach, ktoré sú vhodné, a o poskytnutí ďalších zdravotných služieb: <input type="checkbox"/> žiadne <input type="checkbox"/> kľudový režim <input type="checkbox"/> podľa odporúčania lekára Subjekt je povinný pred genetickým laboratórnym vyšetrením informovať lekára o prípadných alergických reakciách a závažných ochoreniach, na ktoré sa subjekt lieči:		
..... Možné riziká poskytnutia genetického lab. vyšetrenia: Zriedkavé riziká spojené s odberom biologického materiálu (hematómy, infekcia, reakcia na dezinfekciu).		
5. MANIPULÁCIA SO VZORKOU DNA PO UKONČENÍ VYŠETRENIA:		
<input type="checkbox"/> Moja vzorka bude archivovaná napr. pre prípadnú ďalšiu analýzu v budúcnosti. Vždy pred ďalším testovaním budem poučený/á a nové genetické vyšetrenie bude vykonané až po mojom aktuálnom informovanom súhlase. Výsledok genetického vyšetrenia bude anonymizovaný a zaradený do štatistického súboru s možnosťou využitia na vedecké príp. referenčné účely. <input type="checkbox"/> Moja vzorka bude po prevedení genetického vyšetrenia zlikvidovaná s rizikom, že nebude možné v budúcnosti výsledok vyšetrenia overiť a pre ďalšie genetické testovanie bude nutný nový odber. <input type="checkbox"/> Moja vzorka nebude zlikvidovaná avšak výsledok genetického vyšetrenia nebude využitý na vedecké účely. <input type="checkbox"/> Iné:		
6. NOVÝ ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU:		
Vyšetovaná osoba môže byť vo svoj prospech vyzvaná prevádzkovateľom k novému odberu biologického materiálu za účelom doplnenia, overenia alebo zopakovania analýzy, či k zaisteniu správnej interpretácie výsledkov vykonaného genetického laboratórneho vyšetrenia. V prípade záujmu samotnej vyšetrovanej osoby o ďalšie genetické laboratórne vyšetrenie bude nutný nový odber biologického materiálu a ďalšie poučenie podľa typu vyšetrenia.		
7. VYHLÁSENIE VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:		
Vyhlasujem, že mi bolo poskytnuté poučenie o genetickom laboratórnem vyšetrení . Bol mi jasne a zrozumiteľne vysvetlený účel, povaha, následky, riziká, alternatívy navrhovaných postupov, riziká odmietnutia a prínos genetického laboratórneho vyšetrenia. Som si vedomý/á, že výsledky mojej genetickej analýzy môžu byť pre mňa stresujúce. Poučenie mi bolo podané ohľaduplne, zrozumiteľne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom pre rozhodnutie. Pred podpisom tohto informovaného súhlasu mi bolo umožnené klásť doplňujúce otázky, a to osobnou, telefonickou či elektronickou cestou. Vyhlasujem, že nezamlčujem žiadne skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na voľbu a vykonanie genetického laboratórneho vyšetrenia, alebo by mohli ohroziť iné osoby. Na základe tohto poučenia prehlasujem, že udefujem súhlas s odberom vzorky DNA a s genetickým vyšetrením na účely špecifikované v príslušnej žiadanke .		
		
PODPIS VYŠETROVANEJ OSOBY	Miesto	Dátum
8. VYHLÁSENIE LEKÁRA:		
Prehlasujem, že som vyšetrovanej (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil účel, povahu, predpokladaný prínos, následky i možné riziká vyššie uvedeného genetického laboratórneho vyšetrenia. Taktiež som vyšetrovajú osobu oboznámil s možnými výsledkami a dôsledkami toho, že by vyšetrenie nebolo možné za vyššie uvedeným účelom previesť alebo by nemalo potrebnú výpovednú hodnotu pre sledovaný účel. Oboznámil som vyšetrovajú osobu (zákonného zástupcu) i s možnými rizikami a dôsledkami v prípade odmietnutia tohoto vyšetrenia. Výsledky laboratórneho vyšetrenia budú dôverné a nebudú bez súhlasu vyšetrovanej osoby/zákonného zástupcu poskytnuté tretej strane, pokiaľ platné právne predpisy neurčujú inak.		
		
PODPIS LEKÁRA	Miesto	Dátum