ŽIADANKA
DNA testy SAMOPLATCA

Vyplní laboratórium

Číslo žiadanky		Prijal		Transport vzorky	
Číslo rodokmeňa		Dátum príjmu		☐ Pošta	☐ Osobne
Číslo online obj.		Čas príjmu		☐ Kuriér	☐ Sanitka

Vypĺňať paličkovým písmom

ÚDAJE VYŠETROVANEJ OSOBY

Meno a priezvisko		**Telefón**	
Rodné číslo		**Email**	
Susp. diagnóza		**Pohlavie**	☐ Žena ☐ Muž
ODOBRANÝ MATERIÁL	☐ Periférna krv v EDTA (PK) ☐ Bukálny ster (BS) ☐ Iný - vyplniť		
	Dátum odberu		

ŽIADAJÚCI LEKÁR/KLIENT

Adresa pracoviska/bydliska

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

Pečiatka a podpis lekára

SPÔSOB ÚHRADY TESTU

☐ **Lekár/ambulancia** (test uhradí pacient v ambulancii lekárovi)
Faktúra bude vystavená ambulancii/lekárovi vždy po skončení kalendárneho mesiaca za všetky vykonané testy.
IČO:

☐ **Uhradené online** (klient uhradil test pri online objednávke)

☐ **Pacient/klient** (klient zaplatí test na účet laboratória)
Vyšetrenie bude vykonané až po prijatí úhrady na účet a daňový doklad bude zaslaný na vyššie uvedenú mailovú adresu/adresu bydliska.
Platobné údaje:
IBAN: SK68 7500 0000 0002 2519 5283
Variabilný symbol: rodné číslo bez lomítka (ak máte vytvorenú online objednávku, tak uveďte číslo objednávky)

Názov testu	Špecifikácia DNA testu	Cena (€)	Materiál	Trvanie testu – prac. dni
FARMAKOGENETIKA				
☐ **FarmaGEN** *	Gény *CYP2C19*, *CYP2D6*	**200**	PK, BS	15
☐ **FarmaGEN Plus** *	Gény *CYP2B6, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, SLCO1B1* a vybrané DNA varianty v génoch *CYP3A5, CYP4F2, DPYD, TPMT* a *VKORC1*	**300**	PK, BS	20
POTRAVINOVÉ INTOLERANCIE				
☐ **NUTRIscreen** *	Kombinácia nižšie uvedených testov pre potravinové intolerancie	**280**	PK, BS	20
☐ Celiakia	Gény HLA, alely DQ2.2, DQ2.5, DQ8, DR4	**80**	PK, BS	15
☐ Laktózová intolerancia *	Gén *LCT* (c.-13910T>C, c.-22018A>G)	**40**	PK, BS	15
☐ Histamínová intolerancia *	Gén *AOC1* (c.-691G>T, c.-594A>T, c.47C>T, c.995C>T)	**100**	PK, BS	15
☐ Fruktózová intolerancia *	Gén *ALDOB* (p.A149P, p.A174D, p.N334K, del4E4)	**100**	PK, BS	15
SRDCOVO-CIEVNE OCHORENIA				
☐ **TromboGEN** *	Gény *F5* (Leiden, G1691A), *F2* (G20210A), *MTHFR* (C677T, A1298C), *PAI* (4G/5G), *F5* (R2)	**140**	PK, BS	15
☐ **KardioGEN** *	Gény *ACE* (Ins/Del, resp. c.2306-105ins), *ITGB3* (resp. GPIIIA) (L89P, resp. c.176T>C, (p.Leu59Pro), *FGB* (c.-455G>A), *F13A1* (c.103G>T, p.Val35Leu), *AGT* (c.803T>C, p.Met268Thr), *AGTR1* (c.*86A>C), *CBS* (c.844ins67)	**155**	PK, BS	15
☐ **KardioGEN Plus** *	Kombinácie oboch vyššie uvedených testov spolu s génom *APOE*	**300**	PK, BS	20

IČO: 35 921 528
DIČ: 2021964604
IČ DPH: SK2021964604
Tel.: +421 2 43 191 912
e-mail: info.agn@agel.sk
web: www.agelgen.sk
Laboratórium genomickej medicíny AGEL Gen s.r.o.
Vedecký park UK
Ilkovičova 8, 841 04 Bratislava
platnosť od: 26.01.2026
ver. 01/2026

☐ Trombo Faktor 5 a 2 *	Gény *F5* (Leiden, G1691A, resp. c.1601G>A), *F2* (G20210A, c.*97G>A)	**60**	PK, BS	15
☐ Trombo MTHFR *	Gén *MTHFR* (C677T, resp. c.665C>T, p.A222V; A1298C, resp. c.1286A>C, p.E429A)	**50**	PK, BS	15
☐ Trombo PAI *	Gén *PAI*, resp. *SERPINE1* (alela 4G/5G)	**60**	PK, BS	15
☐ Trombo Faktor 5/R2 *	Gén *F5* (R2, resp. c.3980A>G, p.H1327R)	**60**	PK, BS	15
☐ Cardio/Alzheimer *	Gén *APOE* (rizikové alely E2, E3, E4)	**105**	PK, BS	15
NAJČASTEJŠIE GENETICKÉ OCHORENIA				
☐ **PREVENTscreen** *	Skríningové vyšetrenie prenášačstva najčastejších patologických mutácií závažných genetických ochorení (v génoch *CFTR, SMN1, SMN2, GJB2*)	**380**	PK, BS	15
☐ **PREVENTscreen Plus** *	Skríningové vyšetrenie najčastejších genetických ochorení uvedených nižšie (celých génov)	**530**	PK, BS	20
☐ Cystická fibróza *	Gén *CFTR* (64 najčastejších mutácií, IVS8-5T)	**210**	PK, BS	15
☐ Spinálna muskul. atrofia	Gény *SMN1*, *SMN2*, MLPA (exón 7, 8)	**125**	PK, BS	15
☐ Hluchota *	Gén *GJB2* (c.35delG)	**120**	PK, BS	15
☐ Deficit A1AT (CHOCHP/ Hepat. dysfunkcia)	Gén *SERPINA1*, alela S (p.E264l)/alela Z (p.E342K)	**105**	PK, BS	20
☐ Hemochromatóza *	Gén *HFE* (p.H63D, p.S65C, p.C282Y)	**95**	PK, BS	15
☐ Gilbertov syndróm *	Gén *UGT1A1*, promótor, TATA box	**45**	PK, BS	15
☐ Wilsonova choroba *	Gén *ATP7B*, 5 najčastejších DNA variantov (c.1340del4, c.3402del, p.R778G, p.Y779X, p.H1069Q)	**300**	PK, BS	20
INÉ GENETICKY PODMIENENÉ OCHORENIA				
☐ Mikrodelécie Y chrom.	*AZFa*, *AZFb*, *AZFc*, 14 *SRY* lokusov Y chromozómu	**100**	PK, BS	15
☐ Alopécia	Androgénna plešatosť , gény *EDA2R, AR* (5 vybraných variantov)	**155**	PK, BS	15
☐ Psoriáza	Psoriasis guttata, HLA-C*06 skupina alel (detekcia 260 subalel)	**80**	PK, BS	15

SEKUNDÁRNE NÁLEZY

***Pozn.:** Jednotlivé vyššie uvedené testy môžu byť vyšetrované pomocou masívneho paralelného sekvenovania (Twist Custom Panel), z čoho vyplýva možnosť detekcie sekundárnych nálezov v génoch, ktoré sú označované ako povinne reportovateľné (ACMG odporúčania), a to podľa rozsahu vyšetrenia uvedeného vo výsledkovej správe.

☐ ***Žiadam NEREPORTOVAŤ sekundárne DNA varianty***

☐ INÝ DNA TEST

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

Vpísať špecifikáciu:

ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU A TRANSPORTNÉ PODMIENKY

Typ vzorky	Skratka	Objem, typ média	Teplota sklad.	Transportné podmienky	Dodanie vzorky od odberu
Periférna krv v EDTA	PK	1 skúmavka, min 1 ml v EDTA	4-8°C	Bežné teploty	do 15 dní
Bukálny ster	BS	Sušiť voľne na vzduchu cca 1 hod.	Bez nároku	Bežné teploty	do 15 dní
Iný	--	Kontaktovať laboratórium	--	--	--

IČO: 35 921 528
DIČ: 2021964604
IČ DPH: SK2021964604
Tel.: +421 2 43 191 912
e-mail: info.agn@agel.sk
web: www.agelgen.sk
Laboratórium genomickej medicíny AGEL Gen s.r.o.
Vedecký park UK
Ilkovičova 8, 841 04 Bratislava

INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

1. VYŠETROVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL ☐ **Uvedený na žiadanke**, ktorej súčasťou je Informovaný súhlas.

2. NÁZOV GENETICKÉHO LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA ☐ **Uvedený na žiadanke**, ktorej súčasťou je Informovaný súhlas.

3. ÚČEL GENETICKÉHO LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA (GLV) ☐ Zistenie predispozície na chorobu/ funkciu organizmu ☐ Zistenie prítomnosti patogénov ☐ Overenie/potvrdenie diagnózy ☐ Iný (uviesť):

4. INFORMÁCIE O GENETICKOM LABORATÓRNOM VYŠETRENÍ (GLV):

DNA laboratórne vyšetrenie pre medicínske účely je špecializované vyšetrenie, ktoré u vyšetrovaného môže viesť k potvrdeniu alebo vylúčeniu prítomnosti predispozície dedičného ochorenia a určiť riziko/pravdepodobnosť dedičného ochorenia u potomkov, príp. viesť k identifikácii rôznych patogénov a určiť riziko/pravdepodobnosť vzniku príslušného ochorenia.

Predpokladaný prínos GLV: 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.

Alternatívy GLV: 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 GLV 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 patogénneho DNA variantu/dôkaz prítomnosti patogénneho agensu, môže ovplyvniť zdravotnú starostlivosť a manažment subjektu príp. pokrvných príbuzných.

b) Zistenie tzv. neočakávaných nálezov, ktoré môžu mať pre zdravotnú starostlivosť a manažment subjektu a genetických príbuzných zásadný vplyv (napr. zistenie prenášačstva niektorých genetických ochorení).

c) Zistenie nálezov, ktoré sa odlišujú od nálezov bežných, ale ich konkrétny vplyv na súčasný a/alebo budúci zdravotný stav subjektu a pokrvných príbuzných nemožno na základe súčasných znalostí stanoviť.

Možné obmedzenia vo zvyčajnom spôsobe života a v pracovných schopnostiach po poskytnutí GLV, príp. zmeny zdravotnej spôsobilosti: Po odbere biologického materiálu, periférnej krvi je nutné riadiť sa pokynmi zdravotníckeho pracovníka. Výsledok vyšetrenia môže byť pre vyšetrovaného stresujúci.

Údaj o liečebnom režime a preventívnych opatreniach, ktoré sú vhodné a o poskytnutí ďalších zdravotných služieb:

☐ žiadne ☐ kľudový režim ☐ podľa odporúčania lekára

Subjekt je povinný pred GLV informovať lekára o prípadných alergických reakciách a závažných ochoreniach, na ktoré sa lieči:

.....

Možné riziká poskytnutia GLV: Zriedkavé riziká spojené s odberom biologického materiálu (hematómy, infekcia, reakcia na dezinfekciu).

5. MANIPULÁCIA SO VZORKOU DNA PO UKONČENÍ GLV:

Udeľujem súhlas na vykonanie indikovaného vyšetrenia a zároveň súhlasím so všetkými dodatočnými vyšetreniami, ktoré môžu viesť k stanoveniu diagnózy u pacienta. To zahŕňa, ale nie je obmedzené len na: opakovanú analýzu z novej vzorky, overenie nálezu nezávislou metódou, ďalšie doplňujúce testy nevyhnutné pre presnosť a spoľahlivosť výsledkov. Rozumiem, že tieto doplňujúce vyšetrenia sú súčasťou diagnostického procesu a slúžia na zabezpečenie správnej interpretácie výsledkov. Po komplexnom ukončení vyšetrenia žiadam následnú manipuláciu so vzorkou:

☐ Moja vzorka bude archivovaná napr. pre prípadnú ďalšiu analýzu v budúcnosti. Vždy pred ďalším testovaním budem poučený/á a nové GLV 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.

☐ Moja vzorka bude po prevedení genetického vyšetrenia zlikvidovaná s rizikom, že nebude možné v budúcnosti výsledok vyšetrenia overiť a pre ďalšie GLV bude nutný nový odber.

☐ Moja vzorka nebude zlikvidovaná, avšak výsledok GLV nebude využitý na vedecké účely.

☐ Iné:

6. NOVÝ ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU:

Vyšetrovaná 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 GLV. V prípade záujmu samotného subjektu o ďalšie genetické laboratórne vyšetrenie bude nutný nový odber biologického materiálu a ďalšie poučenie podľa typu vyšetrenia.

7. POUČENIE O CENE ZA ZDRAVOTNÍCKY VÝKON PRE SAMOPLATCU:

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 hradený z verejného zdravotného poistenia, bol na túto skutočnosť upozornený a požaduje poskytnutie daného výkonu za priamu úhradu.

8. VYHLÁSENIE VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:

Vyhlasujem, že mi bolo poskytnuté poučenie o GLV. Bol mi jasne a zrozumiteľne vysvetlený účel, povaha, následky, riziká, alternatívy navrhovaných postupov, riziká odmietnutia a prínos GLV. 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 GLV, alebo by mohli ohroziť iné osoby. Na základe tohto poučenia prehlasujem, že udeľujem súhlas na odber vzorky DNA a GLV na účely špecifikované v žiadanke. Ako vyšetrovaná/dotknutá osoba (zákonný zástupca) v zmysle článku 4 ods. 11 všeobecného nariadenia o ochrane údajov dávam súhlas dotknutej osoby k spracúvaniu osobných údajov uvedených v tomto formulári (žiadanke) na konkrétny účel spojený s výkonom GLV v zmysle informácií o spracúvaní osobných údajov uvedených na webovom sídle prevádzkovateľa. Potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s právom na prístup, opravu, vymazanie, obmedzenie spracúvania, prenosnosť údajov, práva namietať a práva nepodliehať automatizovanému individuálnemu rozhodovaniu vrátane profilovania.

Miesto	Dátum	Podpis vyšetrovanej osoby/zákonného zástupcu

9. VYHLÁSENIE LEKÁRA:

Prehlasujem, že som vyšetrovanému (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil účel, povahu, predpokladaný prínos, následky i možné riziká vyššie uvedeného GLV. Taktiež som vyšetrovaný subjekt 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 vyšetrovanú osobu (zákonného zástupcu) i s možnými rizikami a dôsledkami v prípade odmietnutia tohoto vyšetrenia. Výsledky GLV budú dôverné a nebudú bez súhlasu vyšetrovanej osoby/zákonného zástupcu poskytnuté tretej strane, pokiaľ platné právne predpisy neurčujú inak.

Miesto	Dátum	Podpis lekára