



Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.  
Heydukova 10, 812 50 Bratislava  
www.ousa.sk

# ŽIADANKA NA LABORATÓRNE VYŠETRENIA

Oddelenie lekárskej genetiky

## ŽIADANKA GENETICKÝCH DNA TESTOV

### PRE SAMOPLATCOV

L/GE-4-4

Rodné číslo:	<input type="text"/>	Samoplatca:	<input type="checkbox"/>	Adresa fakturácie:	<input type="text"/>
Priezvisko:	<input type="text"/>	IČO:	<input type="text"/>	DIČ:	<input type="text"/>
Meno:	<input type="text"/>	Kód PZS odosielajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Muž: <input type="checkbox"/> Žena: <input type="checkbox"/> Email: *	<input type="text"/>	Kód odosielajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Tel. číslo: *	<input type="text"/>	Tel. číslo/Email: *	<input type="text"/>		
Kód ZP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EÚ poistenec: <input type="checkbox"/> Kód krajiny EÚ: <input type="text"/> <input type="text"/>	Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu: <input type="text"/>				
Poznámka: EÚ poistenci priložiť kópiu preukazu poistenca.					
Základná diagnóza:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kód PZS odporúčajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Iné diagnózy:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kód odporúčajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Poznámka lekára: <input type="text"/>					
Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/>					
Dátum odberu:	<input type="text"/>	Čas odberu:	<input type="text"/>		
Dátum prijmu:	<input type="text"/>	Čas prijmu:	<input type="text"/>		
Dátum vystavenia žiadanky:	<input type="text"/>	* Nepovinný údaj			

KÓD	PREDMET VYŠETRENIA (zakrúžkovať)	CENA
62001	<input type="checkbox"/> <b>Skriningové vyšetrenie mutácií BRCA1, BRCA2</b>	90 €
62002	<input type="checkbox"/> <b>Vyšetrenie metylácie SEPT 9 - marker suspekcie kolorektálnych malignít</b>	150 €
62003	<input type="checkbox"/> <b>Skrininové vyšetrenie HR-HPV infekcie</b>	50 €
62004	<input type="checkbox"/> <b>Genotypizácia HPV vírusov - stanovenie presného genotypu HR-HPV a LR-HPV.</b> Test individuálne deteguje: HR-HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, LR-HPV 6 a 11	70 €
62005	<input type="checkbox"/> <b>Dôkaz malígnych prekursorov pomocou expresie onkogénov E6/E7 HR HPV alebo Detekcia metylácie génov súvisiacich s progresiou patologických zmien spôsobených HR-HPV</b>	180 €
62008	<input type="checkbox"/> <b>DNA analýza známej mutácie v konkrétnom géne</b>	150 €
62009	<input type="checkbox"/> <b>Iné potravinové intolerancie (gluténová, histamínová, laktózová, fruktózová), 1 výkon</b>	90 €
62010	<input type="checkbox"/> <b>Vyšetrenie patogénov - Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum a Ureaplasma parvum.</b> Vyšetrenie je možné urobiť z exocervikálneho steru poslaného v LBC skúmavke s médiom PreservCyt®, z moču, ako aj zo steru z uretry alebo pošvy	50 €
62011	<input type="checkbox"/> <b>Kompletné testovanie génov BRCA1/2 vrátane veľkých génových prestavieb pri dedičnom karcinóme prsníka a ovárií</b>	1 700 €
62012	<input type="checkbox"/> <b>Testovanie panelu génov asociovaných s dedičnými onkologickými syndrómami</b>	2 000 €
62013	<input type="checkbox"/> <b>Genetická konzultácia</b>	90 €
62014	<input type="checkbox"/> <b>Spoločné vyšetrenie: HR-HPV skrining a vyšetrenie patogénov</b>	70 €
62015	<input type="checkbox"/> <b>Spoločné vyšetrenie: Genotypizácia HPV a vyšetrenie patogénov</b>	90 €
88204	<input type="checkbox"/> <b>Liquid based cytology (LBC).</b> (info. MUDr. J. Jozefáková, Odd. cytológie, 02/3224 9581, 9580)	25 €

#### POUČENIE PACIENTA O VÝŠKE CENY ZA ZDRAVOTNÝ VÝKON:

Samoplatca bol lekárom (zdrav. pracovníkom) poučený o výške ceny za zdravotný výkon v zmysle platného cenníka OUSA, druh a cena zdravotného výkonu: vid. predmet vyšetrenia (vyššie).

**Samoplatca sa zaväzuje zaplatiť vyššie uvedenú cenu za zdravotný výkon do 7 dní od dňa podpisu žiadanky.**

Vyšetrenie bude vykonané až po prijatí úhrady na účet OUSA. Daňový doklad zašleme na uvedenú adresu.

Samoplatca uhradí uvedenú sumu:

**A.) v hotovosti** v registračnej pokladni (blok Z - 1. posch., Z113, recepcia bloku P, v bloku A - RTG okienko prízemie)

**B.) bankovým prevodom** na číslo účtu: **0170348026/0900**, IBAN: **SK96 0900 0000 0001 7034 8026**,

SWIFT: **GIBASKBX**, var. symbol: **rodné číslo bez lomítka**, špec. symbol: **50620101**.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

Podpis pacienta \_\_\_\_\_

#### ODBER A TRANSPORT MATERIÁLU

Vyšetrenie	Odber	Skúmavka	Skladovanie	Transport
62001, 62008	Periférna krv 2 - 3 ml	Komerčná s EDTA	Chladnička	Izbová teplota
62002	Periférna krv 7 - 10 ml	Komerčná s EDTA	Chladnička - max. 24 hod.	Chladnička, nezmrazovať!!
62003, 62004, 88204, 62005 - cervix	Ster z exocervixu sa odoberá dodávanou odberovou kefkou. Kefku po odbere dôkladne vytrepote do roztoku a zlikvidujte.	PreservCyt s nápisom „HPV skrining/ genotyp/Precursor-M/Chlamydia a Neisseria“	Chladnička - do 1 týždňa	Izbová teplota
88204 - uretra, tkanivo	Ster z uretry sa odoberá sterilným tampónom. Suchý tampón vložte späť do skúmavky Copan. Fragment tkaniva (minimálne 2x2 mm) vložte do skúmavky „Genotyp“ s roztokom.	Skúmavka Copan HPV uretra Odberovka s nápisom HPV tkanivo	Chladnička do 3 dní, potom zamraziť	Chladnička, mraznička

Oddelenie lekárskej genetiky, OUSA, Heydukova 10, 812 50 Bratislava • [www.ousa.sk/genetika](http://www.ousa.sk/genetika)

Tel. č.: 02/3224 8574, 8584, 8587

E-mail: [regina.behulova@ousa.sk](mailto:regina.behulova@ousa.sk), [katarina.zavodna@ousa.sk](mailto:katarina.zavodna@ousa.sk), [aster.alemayehu@ousa.sk](mailto:aster.alemayehu@ousa.sk)

ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification

