

KLINIKA ZA DJEČJE BOLESTI ZAGREB

REFERENTNI CENTAR MINISTARSTVA ZDRAVSTA ZA PRAĆENJE KONGENITALNIH ANOMALIJA

Klaićeva 16, 10000 Zagreb

*Laboratorij za medicinsku genetiku*

**UPUTE ZA NARUČIVANJE ZA GENETIČKO TESTIRANJE**

Analiza **mora** biti indicirana od strane **medicinskog genetičara**:

A) ukoliko je pacijent pregledan u našoj Ambulanti, krv se vadi nakon pregleda i nije potrebna dodatna narudžba.

B) ako Vas je uputio medicinski genetičar izvan naše Klinike, potrebno je donijeti fotokopiranu medicinsku dokumentaciju (npr. nalaz, otpusno pismo...) s uputnom dijagnozom za ciljanu analizu.

Naručivanje se vrši na **e-mail**: **genetika@kdb.hr.** U povratnom mailu ćete dobiti termin i daljnje upute (vađenje krvi, uputnica, medicinska dokumentacija).

Podaci potrebni za naručivanje su:

* **Ime i prezime, datum rođenja, MBO, liječnik koji je indicirao analizu i kontakt telefon/mobitel**

Ukoliko je potrebno napraviti izolaciju DNA, radi se uzorkovanje venske krvi u Ambulatni za medicinsku genetiku, od ponedjeljka do petka u terminu od 8 do 9 sati. Za vađenje krvi nije potrebno biti natašte.

Ako se prilikom naručivanja utvrdi da već postoji izolirana DNA (pacijent koji je prethodno obavio neko od gen.testiranja u laboratoriju), potrebno je poslati e-uputnicu A3 za ciljanu analizu sa šifrom za medicinsku genetiku: 2090900.

**Uputnica je obavezna.** Osim važeće zravstvene iskaznice, odrasli ispitanici (oni koji su navršili 18 godina) moraju imati i važeću policu dopunskog osiguranja. Bez uputnice se ne može dobiti nalaz.

Napomene:

* Narudžba je obavezna za pretragu klasične kariotipizacije

Za sve dodatne informacije molim upite poslati na e-mail: **genetika@kdb.hr** ili nazvati **petkom u terminu od 10-12 sati na 01/4600-105.**