**Ústav hematologie a krevní transfuze**

**Národní referenční laboratoř pro DNA diagnostiku**

 Vedoucí laboratoře: doc. Mgr. Kateřina Machová Poláková, Ph.D.

*U Nemocnice 2094/1, 128 00 Praha 2*

[*www.uhkt.cz*](http://www.uhkt.cz)

**Žádanka o kontrolní materiál**

**ZADAVATEL** (razítko, podpis):

Jméno a adresa:

Tel./E-mail:

Kontaktní osoba:

**KONTROLNÍ MATERIÁL URČENÝ PRO:**

🞏 *Stanovení fúzního genu BCR-ABL1*

 🞏 Monitorování BCR::ABL1

 🞏 Mutace v kinázové doméně BCR::ABL1

 🞏 Diagnostické stanovení fúzního genu BCR::ABL1

*Kontakt: Oddělení molekulární genetiky, Tel.: 221 977 221; E-mail:* *Hana.Zizkova@uhkt.cz*

🞏 *hla*

 🞏 genotyp………………………………………….

 🞏 predispozice k chorobě…………………..

*Kontakt: Oddělení HLA, Tel.: 221 977 430; E-mail:* *Milena.Vrana@uhkt.cz*

🞏 *Buněčný chimeriZmus*

 🞏 genotyp ………………………………………………………..……………………….

 🞏 kvantifikace (% zastoupení ve vzorku) ……………….…………………..

*Kontakt: Oddělení buněčného chimerizmu, Tel.: 221 977 308, -117; E-mail:* *chimerizmus@uhkt.cz*

🞏 *JINÉ*

 specifikujte ………………………………………….

Bližší specifikace požadavků:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(např. počet požadovaných referenčních vzorků, množství, požadovanou minimální koncentraci DNA, pro BCR::ABL1 uveďte materiál – lyzát, RNA, cDNA, typ transkriptu, hladinu BCR::ABL1)

**Na základě vyplněné žádosti Vám bude zaslána nabídka materiálu včetně uvedení ceny.**