

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta: Číslo pojištěnce: *Datum narození: Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena Kód pojišťovny: Diagnóza:	Datum a čas odběru vzorku: Odebraný materiál:
---	--

* Pouze v případě, že číslo pojištěnce není rodným číslem pacienta

Ordinující lékař (jméno, adresa, razítko a podpis):

IČP:

Odbornost:

tel./fax/e-mail:

Pacient souhlasí s:

vyšetřením DNA

uskladněním DNA

Požadavky na vyšetření (zaškrtněte prosím požadované vyšetření)

název vyšetření	metoda	požadavek na vzorek
<input type="checkbox"/> HLA – B27	(sérologická typizace)	5 ml/ heparin
<input type="checkbox"/> HLA – A,-B,-Cw	(sérologická typizace HLA antigenů I. třídy)	5 ml/ heparin
<input type="checkbox"/> antileukocytové protilátky	(MCT)	2-3 ml séra (srážlivá krev)
<input type="checkbox"/> antitrombocytové protilátky	(Capture-P)	2-3 ml séra (srážlivá krev)
<input type="checkbox"/> Cross-match test	(MCT)	5 ml/ heparin (dárce) 2-3 ml séra (příjemce)
<input type="checkbox"/> ● HLA – A*, B*, DRB1*	(PCR-SSP genotypizace HLA genů I. a II. třídy)	5 ml/ K ₃ EDTA
<input type="checkbox"/> ● HLA – DRB1*	(PCR-SSP genotypizace genů II. třídy)	5 ml/ K ₃ EDTA
<input type="checkbox"/> ● HLA – DQB1*	(PCR-SSP genotypizace genů II. třídy)	5 ml/ K ₃ EDTA
<input type="checkbox"/> ● Weak, Partial D-Type	(PCR-SSP RHD genotypizace)	5 ml/ K ₃ EDTA

● akreditovaná metoda – ČIA

Vyšetření příbuzných pacienta indikovaného k transplantaci:

Jméno a příjmení :

Rodné číslo:

Vztah k pacientovi:

Poznámka: Odběr primárního vzorku (izolace DNA) byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a dle pokynů laboratorní příručky (www.fnhk.cz), za informovaný souhlas zodpovídá odebírající pracoviště.

Zkratky:

Capture-P detekce protilátek proti trombocytům metodou pevné fáze
 ČIA Český institut pro akreditaci
 MCT mikrolymfocytotoxický test
 PCR-SSP polymerázová řetězová reakce se sekvenčně specifickými primery

RHD gen RH systému
 Weak D-Type slabý D antigen
 Partial D-Type variantní D antigen

Vyplňuje laboratoř:

Číslo vyšetření:Datum a čas přijetí vzorku do laboratoře:.....

Převzal a zkontroloval:.....

TransP/HLA/šablony