

### ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta: Číslo pojištěnce: Datum narození (v případě, že číslo pojištěnce není jeho rodným číslem): Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena Kód pojišťovny:	Datum a čas odběru: Odebral: Materiál: <input type="checkbox"/> nesrážlivá krev <input type="checkbox"/> K <sub>3</sub> EDTA <input type="checkbox"/> heparin <input type="checkbox"/> srážlivá krev <input type="checkbox"/> jiné
Diagnóza:	

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

IČP: \_\_\_\_\_ Souhlas pacienta s vyšetřením DNA   
 Odbornost:  
 tel./fax/e-mail:

#### 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 – I. a II. třídy	(PCR genotypizace HLA genů I. a II. třídy)	5 ml/ K <sub>3</sub> EDTA
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Weak, Partial D-Type	(PCR-SSP RHD genotypizace)	5 ml/ K <sub>3</sub> EDTA

• metoda v rozsahu akreditace ČIA (zdravotnická laboratoř č. 8267 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189:2013)

<b>Vyšetření příbuzných pacienta indikovaného k transplantaci:</b> 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](http://www.fnhk.cz)), za informovaný souhlas zodpovídá odebírající pracoviště.

**Zkratky:**

Capture-P	detekce protilátek proti trombocytům metodou pevné fáze	RHD	gen RH systému
ČIA	Český institut pro akreditaci	Weak D-Type	slabý D antigen
MCT	mikrolymfocytotoxický test	Partial D-Type	variantní D antigen
PCR-SSP	polymerázová řetězová reakce se sekvenčně specifickými primery		

<b>Vyplňuje laboratoř HLA systému a PCR diagnostiky:</b> Číslo vyšetření: .....Datum přijetí vzorku do laboratoře:..... Převzal a zkontroloval:.....
--