

### ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta:	Datum a čas odběru vzorku:
Číslo pojištěnce:	Odebraný materiál:
*Datum narození: <span style="margin-left: 150px;">Pohlaví: <input type="checkbox"/>muž <input type="checkbox"/>žena</span>	
Kód pojišťovny: <span style="margin-left: 150px;">Diagnóza:</span>	

\* Pouze v případě, že číslo pojištěnce není rodním číslem pacienta.

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

IČP:

Pacient souhlasí s:

Odbornost:

vyšetřením DNA

tel./fax/e-mail:

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"/> ● HLA – DQ2, DQ8	(PCR-SSP genotypizace - celiakie)	5 ml/ K <sub>3</sub> EDTA
<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 <sub>3</sub> EDTA
<input type="checkbox"/> ● HLA – DRB1*	(PCR-SSP genotypizace genů II. třídy)	5 ml/ K <sub>3</sub> EDTA
<input type="checkbox"/> ● Weak, Partial D-Type	(PCR-SSP RHD genotypizace)	5 ml/ K <sub>3</sub> 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](http://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 PC:.....

Převzal a zkontroloval:

TransP/HLA/šablony