



# Žádanka k hematologickému vyšetření - LABORATOŘ ANÉMII

Ústav hematologie a krevní transfuze, U Nemocnice 1, 128 20, Praha 2, Tel/fax : 224 962 857, tel: 221 977 257, Centrála ÚHKKT: 221 977 111  
Vedoucí laboratoře : Doc. MUDr. Jaroslav Č E R M Á K, CSc., e-mail : jaroslav.cermak@uhkt.cz

Požadované vyšetření zaškrtněte v příslušném okénku.

ČP / pohlaví:

Datum odběru :

Čas odběru :

Příjmení :

Adresa, razítko a podpis lékaře (IČP a odbornost)

(Vyplňuje LABORATOŘ !!!)

Materiál převzal a přezkoumal dle LP :

Jméno :

Dg. :

Materiál :

Periferní krev

Telefon / e-mail:

Datum dodání :

Čas dodání :

 Pořadové číslo :

POJIŠŤOVNA	PANELY VYŠETŘENÍ	SPRÁVNÉ ODBĚRY	POZITIVNÍ RODINNÁ ANAMNÉZA U:
<input type="checkbox"/> 111	<b>HEREDITÁRNÍ SFÉROCYTÓZA</b>	<b>JEDNOTLIVÉ TESTY</b>	nález : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 201	<input type="checkbox"/> Pink test na HS	2 ml EDTA	OTCE <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 205	<input type="checkbox"/> Osmotická rezistence (POUZE PO-ČT !!!)	2 ml EDTA	nález : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 207	<input type="checkbox"/> Autohemolýza (POUZE Po-ST!!!)	10 ml Li / Hep	MATKY <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 209	<input type="checkbox"/> EMA test <b>Nutno předem objednat !</b>	9 ml citrát-dextroza (ACD)	nález : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 211	<b>PNH</b>	<b>JEDNOTLIVÉ TESTY</b>	JINÍ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 213	<input type="checkbox"/> PNH test v AB séru	4 ml EDTA	(u rodinných příslušníků sdělte prosím příjmení, jméno, r.č.)
<input type="checkbox"/> 217	<input type="checkbox"/> PNH test ve vlastním séru	5 ml srážlivé krve + 2 ml EDTA	<b>STRUČNÁ ANAMNÉZA</b>
<input type="checkbox"/> 222	<b>ENZYMOPATIE</b>	<b>JEDNOTLIVÉ TESTY</b>	
<input type="checkbox"/> Cizinec	<input type="checkbox"/> G 6 PDH	2 ml EDTA	
<input type="checkbox"/> Jiná	<input type="checkbox"/> PK <b>Vyšetření nutno předem objednat !</b>	5 ml Li / Hep	
	<b>HEMOGLOBINOPATIE</b>	<b>JEDNOTLIVÉ TESTY</b>	
<input type="checkbox"/> Samoplátce	<input type="checkbox"/> ELFO Hb (A,A2,F,S a ostatní abnorm.Hb)	4 ml EDTA (popř. 2x 2 ml)	
<input type="checkbox"/> EU	<input type="checkbox"/> Tepelná stabilita Hb	2 ml EDTA	
<input type="checkbox"/> mimo EU	<b>HBB MUTACE BETA - GLOBINOVÉHO GENU</b>	2 ml EDTA	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím s vyšetřením sekvenace HBB při zvýšené hodnotě HbA2		
	<input type="checkbox"/> Souhlasím s vyšetřením sekvenace HBB bez ohledu na výsledek ELFO Hb		
	<b>Pacient nesouhlasí:</b>		
	<input type="checkbox"/> S uskladněním DNA		
	<input type="checkbox"/> S anonymním využitím DNA k výzkumným účelům		
	Odběr proveden dle laboratorní příručky www.uhkt.cz		