

**Žádanka o vyšetření genotypu HLA a souvisejících genů****ZADAVATEL** (razítko a podpis)

Jméno a adresa:

IČP:

Odbornost:

Tel./fax/mail:

**VYŠETŘOVANÝ MATERIÁL**

Vyšetřovaný jedinec:

Rodné číslo/pohlaví:

Pojišťovna\*:

Diagnóza\*:

\*vždy uvádějte pojišťovnu a hlavní diagnózu pacienta

 Pacient Potencionální dárce pro pacienta (jméno a rodné č.):

Příbuzenský vztah:

Číslo materiálu zadavatele:

Odebraný materiál:  periferní krev v EDTA jiný.....

Datum a čas odběru:

Předcházející typizace (vč. rodinné studie):  ne  ano - **přiložte čitelnou kopii výsledků****Požadované vyšetření:** izolace DNA HLA pro základní shodu před příbuzenskou alloHSCT (HLA-A, -B, -DRB1 nízké rozlišení) HLA po indikaci k HSCT (HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1 vysoké rozlišení) HLA konfirmace před HSCT KIR HLA-DPB1 HLA-DQA1/DQB1 pro diagnostiku celiakie (přítomnost/nepřítomnost DQ2 a DQ8) HLA-DQB1\*06:02 pro diagnostiku narkolepsie HLA-B\*27 pro diagnostiku revmatoidních onemocnění a dalších souvisejících diagnóz HLA-B\*57:01 (prevence HSR pro podání ABACAVIRU) HLA pro diagnostiku dalších chorob (uveďte požadovaný lokus a diagnózu)..... jiná (po konzultaci s laboratoří uveďte požadovaný lokus).....***Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a podle pokynů v Laboratorní příručce:******Nakládání se vzorkem po vyšetření:***

(dle informovaného souhlasu pacienta)

uchovat vzorek

 ne

využít pro vědecké účely

 ne

využít pro potřeby MPZ

 ne

VYPLŇUJE LABORATOŘ:

Číslo materiálu:

Datum a čas přijetí vzorku:

Převzal a přezkoumal: