

Žádanka na HLA serologické vyšetření

Jméno a příjmení:

Pohlaví:

Číslo pojištěnce:

Kód pojišťovny:

Diagnóza:

Datum a čas odběru:

Ordinující lékař:

IČP:

Odbornost:

Adresa:

Razítko a podpis:

POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ (zaškrtněte požadované vyšetření)

Typizace HLA antigenů

množství krve/ odběrová zkumavka

HLA-B27 - serologicky

5 ml/ heparin

HLA-A, -B, -Cw - serologicky

9 ml/ heparin

HLA-A, -B, -C - genotypizací (nízké rozlišení)

5 ml/EDTA

POUZE PO TELEFONICKÉM OBJEDNÁNÍ

Vyšetření před možnou HSCT

2 ml/ srážlivá (pacient), 5 ml/ heparin (dárce),

Pacient před HSCT s HLA neshodným nepříbuz. dárce: jen vyšetření HLA protilátek

Pacient před haploidentickou HSCT: lymfocytotoxický crossmatch + HLA protilátky

Dárce pro pacienta (jméno a rodné č.)

Vyšetření ostatní

Vyšetření HLA protilátek LCT testem

4 ml/ srážlivá

Lymfocytotoxický crossmatch pro výběr trombocytů: 5 ml/ heparin (dárce), 2 ml/ srážlivá (příjemce)

Podávány terapeutické protilátky (ATG, IVIG apod.) ano ne

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ:

Poznámka

Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a dle pokynů laboratorní příručky www.uhkt.cz

PACIENT NESOUHLASÍ: s vyšetřením DNA

s uchováním DNA

s anonymním použitím DNA pro vědecké účely

VYPLŇUJE LABORATOŘ:

Číslo materiálu:

Datum a čas přijetí vzorku:

Převzal a přezkoumal: