

Ústav hematologie a krevní transfuze

U Nemocnice 1, 128 00 Praha 2

Oddělení HLA

Vedoucí Ing. Milena Vraná, e-mail: Milena.Vrana@uhkt.cz, tel: 221977430
Kateřinská 19, 120 00 Praha 2, tel: 221977-307, -484, e-mail: 306-hla@uhkt.cz

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		
<input type="checkbox"/> Pacient		
<input type="checkbox"/> Potencionální dárcce pro pacienta (jméno a rodné č.):		
Příbuzenský vztah:		
Číslo materiálu zadavatele:		
Odebraný materiál:	<input type="checkbox"/> periferní krev v EDTA	<input type="checkbox"/> jiný.....
Datum a čas odběru:		
Předcházející typizace (vč. rodinné studie): <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - <u>přiložte čitelnou kopii výsledků</u>		
<u>Požadované vyšetření:</u>		
<input type="checkbox"/> izolace DNA		
<input type="checkbox"/> HLA pro základní shodu před příbuzenskou alloHSCT (HLA-A, -B, -DRB1 nízké rozlišení)		
<input type="checkbox"/> HLA po indikaci k HSCT (HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1 vysoké rozlišení)		
<input type="checkbox"/> HLA konfirmace před HSCT		
<input type="checkbox"/> KIR		
<input type="checkbox"/> HLA-DPB1		
<input type="checkbox"/> HLA-DQA1/DQB1 pro diagnostiku celiakie (přítomnost/nepřítomnost DQ2 a DQ8)		
<input type="checkbox"/> HLA-DQB1*06:02 pro diagnostiku narkolepsie		
<input type="checkbox"/> HLA-B*27 pro diagnostiku revmatoidních onemocnění a dalších souvisejících diagnóz		
<input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 (prevence HSR pro podání ABACAVIRU) – vyšetřujeme pouze z izolované DNA		
<input type="checkbox"/> HLA pro diagnostiku dalších chorob (uveďte požadovaný lokus a diagnózu).....		
<input type="checkbox"/> jiná (po konzultaci s laboratorní uveďte požadovaný lokus).....		
<u>Poznámka:</u> Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a podle pokynů v Laboratorní příručce:		
<u>Nakládání se vzorkem po vyšetření:</u>	uchovat vzorek	<input type="checkbox"/> ne
(dle informovaného souhlasu pacienta)	využít pro vědecké účely	<input type="checkbox"/> ne
	využít pro potřeby MPZ	<input type="checkbox"/> ne
VYPLŇUJE LABORATOŘ:		
Číslo materiálu:		
Datum a čas přijetí vzorku:		
Převzal a přezkoumal:		