

## 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 S INFORMOVANÝM SOUHLASEM PACIENTA S GENETICKÝM LABOTATORNÍM VYŠETŘNÍM A PO TELEFONICKÉM OBJEDNÁNÍ**

#### Vyšetření před možnou HSCT

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

☐ Pacient před HSCT s nepříbuzným dárce: HLA protilátky

☐ Pacient před HSCT s příbuzným dárce: lymfocytotoxický crossmatch + HLA protilátky

☐ Dárce pro pacienta (jméno a rodné č.)

#### Vyšetření ostatní

☐ Vyšetření HLA protilátek 4 ml/ srážlivá

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

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ:

Poznámka

Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a dle pokynů laboratorní příručky

[www.uhkt.cz](http://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: