

Žádanka - na vyšetření protilátek proti leukocytům a trombocytům - na imunogenetické vyšetření (ad Krevní centrum)

<i>Vyplňte prosím šedé rámečky</i>		IČZ, odbornost, razítko a podpis lékaře
Jméno a příjmení:		
Rodné číslo:	*Datum narození:	
Kód pojišťovny:	*Vyplňte pouze u cizinců, novorozenců	
Diagnóza:	Infekční vzorek ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Odebraný materiál (zatrhněte):	<input type="checkbox"/> žilní krev (EDTA) <input type="checkbox"/> srážlivá krev <input type="checkbox"/> žilní krev (Heparin) <input type="checkbox"/> kapilární krev (EDTA) <input type="checkbox"/> bukalní sřer <input type="checkbox"/> jiný: _____	
Odebral:	Rutina <input type="checkbox"/> Statim <input type="checkbox"/>	Pacient: <input type="checkbox"/> Muř <input type="checkbox"/> Žena
	Datum a řas odběru vzorku:	

Historie aloimunizace: Transfuze Porod/potrat pacient před Tx
 pacient po Tx dárce řtěpu (u řijícího dárce doplřte příjemce)
 (Imunosupresivní) **léřba** – poslední podání: Rituximab ATG IVIG Daratumumab
 jiné (Monoklonální protilátky apod.):

SÉROLOGICKÁ VYŠETŘENÍ – PROTILÁTKY

 (není nutný Informovaný souhlas)

Název vyšetření	odběr	Metoda	Název vyšetření	odběr	Metoda
Leukocytární protilátky (screening) <input type="checkbox"/>	(2)	LCT	Screening anti-HLA protilátek I.třidy <input type="checkbox"/>	(2)	LCT (30 buněk)
Granulocytární protilátky (screening) <input type="checkbox"/>	(2)	GIFT	Autologní cross-match (CM) <input type="checkbox"/>	(2, 5)	LCT
Trombocytární protilátky (screening) <input type="checkbox"/>	(2)	DIFT	Vyšetření HLA / MICA IgG protilátek <input type="checkbox"/>	(2)	xMAP-Luminex [A]
Identifikace (auto)protilátek proti trombocytům <input type="checkbox"/>	(3)	MAIPA	Aktuální CM před Tx (kadaver.dárce) <input type="checkbox"/>	(2, 4)	LCT
Identifikace aloprotilátek proti trombocytům <input type="checkbox"/>	(2)	xMAP-Luminex	Aktuální CM před Tx (řijící dárce) <input type="checkbox"/>	(2, 6)	LCT
CM před apl. trombokoncentrátu <input type="checkbox"/>	(2)	LCT	rekonstrukce ACM po Tx <input type="checkbox"/>	(2)	LCT

IMUNOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ

 (vyplňte prosím i druhou stranu řádanky)

Název vyšetření	odběr	Pozn.	Název vyšetření	odběr	Pozn.
HLA -A*, -B*, -C* <input type="checkbox"/>	(1)	Genotypizace HLA systému [A] #doplřte požadované znaky k vyšetřeni	HLA-A, B, C, DR, DQ, DP (RT-PCR) <input type="checkbox"/>	(1)	Genotypizace HLA systému
HLA-DRB1*, -DQB1* <input type="checkbox"/>	(1)		HPA -1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 15 <input type="checkbox"/>	(1)	Genotypizace HPA systému
HLA-DQ2.5/ 2.2; DQ8 (celiakie) <input type="checkbox"/>	(1)		FV Leiden (1691G>A) <input type="checkbox"/>	(1)	Stanovení trombofilních mutací
HLA-DQB1*06:02 (narkolepsie) <input type="checkbox"/>	(1)		Protrombin (20210G>A) <input type="checkbox"/>	(1)	
HLA-B*27 <input type="checkbox"/>	(1)		MTHFR (677C>T) <input type="checkbox"/>	(1)	
# HLA- <input type="checkbox"/>	(1)		MTHFR (1298A>C) <input type="checkbox"/>	(1)	
HLA <input type="checkbox"/> -DPB1* <input type="checkbox"/> -DPA1* <input type="checkbox"/> -DQA1* <input type="checkbox"/>	(1)	PAI-1 (4G/5G) <input type="checkbox"/>	(1)		
Systém ABO <input type="checkbox"/>	(1)	Genotypizace skupinových systémů erytrocytů	JAK2 (1849G>T, Val617Phe) <input type="checkbox"/>	(1)	myeloproliferace
Systém Kell, Kidd, Duffy <input type="checkbox"/>	(1)		Systém RH-CDE <input type="checkbox"/>	(1)	Genotypizace RH systému erytrocytů
Systém MNSs <input type="checkbox"/>	(1)		Slabé / variantní RHD <input type="checkbox"/>	(1)	

Zkratky: [A] akreditované vyšetřeni PCR-SSP (SOP-300a/300b); xMAP-Luminex (SOP-312). Význam zkratk definován v Laboratorní příruřce

POKYNY PRO ODBĚR:

- | | |
|---|--|
| (1) nesrářlivá krev (EDTA) ≥ 2,5 ml; u dětí do 2 let ≥ 250 řl,
(2) srážlivá krev ≥ 5 ml, nebo ≥ 2 ml séra – pacient
(3) MAIPA: 10 - 20 ml nesrářlivé krve (EDTA)+ srážlivá krev ≥ 5 ml | (4) uzliny, slezina kadaverózního dárce
(5) nesrářlivé krve (Li-Heparin) ≥ 9 ml - pacient
(6) nesrářlivé krve (Li-Heparin) ≥ 9 ml - dárce |
|---|--|

(vyplřují zamřstnanci HLA/DNA laboratoře)

Přijem vzorku v HLA/DNA laboratoři: Identifikační říslo materiálu (ř. DNA):	Převzal a přezkoumal:
--	-----------------------

Informovaný souhlas vyšetřované(ho) / zákonného zástupce

Laboratorní (imuno)genetická vyšetření**Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Vyšetření je prováděno pro diagnózu:	
Molekulárně biologické vyšetření (specifikujte):	
Ze vzorku: <input type="checkbox"/> žilní krev (EDTA) <input type="checkbox"/> kapilární krev (EDTA) <input type="checkbox"/> jiný:	

1. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované(mu) (nebo zástupci vyšetřovaného) jasně a srozumitelně podal(a) informace o podstatě, účelu, předpokládaném prospěchu, následcích i možných rizicích výše uvedeného molekulárně biologického vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil(a) s možnými výsledky a s důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil(a) jsem vyšetřovanou osobu (zákonného zástupce) i s možnými riziky a důsledky případného odmítnutí tohoto vyšetření. Vyšetřované(mu)/ zákonnému zástupci bylo sděleno, že molekulárně genetického vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/jejího zákonného zástupce sdělovány třetí straně. S osobními údaji bude nakládáno v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.

Vysvětlující pohovor provedl**Místo a datum:**
identifikace a podpis lékaře**2. Prohlášení vyšetřované osoby / zákonného zástupce**

Prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně informována o svém zdravotním stavu (zdravotním stavu osoby mnou zastupované), o důvodu plánovaného výše uvedeného vyšetření, o předpokládaném přínosu, ale také rizicích a možných dopadech tohoto vyšetření, o jeho možných alternativách, i o důsledcích vyplývajících z nepodstoupení plánovaného vyšetření. Veškeré tyto skutečnosti mi byly lékařem náležitě vysvětleny, porozuměl(a) jsem jim a měl(a) jsem možnost klást doplňující dotazy, které mi byly zodpovězeny. Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval/a o skutečnostech podstatných pro provedení vyšetření a nezatajil/a jsem žádné okolnosti, které jsou překážkou k provedení vyšetření.

Na základě poskytnutých informací a vlastního svobodného uvážení prohlašuji, že souhlasím s provedením výše uvedeného laboratorního molekulárně biologického vyšetření. Byl(a) jsem poučen(a), že svůj souhlas s provedením vyšetření mohu odvolat (telefonicky) **nejpozději do 48 hod. u ošetřujícího lékaře, který musí neprodleně informovat laboratoř o zrušení indikovaného vyšetření.**

Dále si přeji*/ nepřeji si* být informována o výsledku molekulárně biologického vyšetření.

Přeji si, aby o výsledku mého molekulárně biologického vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno:		Adresa:	
Jméno:		Adresa:	

Souhlasím*/Nesouhlasím* s uchováním mé DNA pro účely případného dalšího vyšetřování.

Souhlasím*/Nesouhlasím* s případným využitím mé DNA k lékařskému výzkumu a anonymnímu zveřejněním získaných výsledků. Byl(a) jsem poučen(a), že svůj souhlas s uchováním DNA, případně jejímu využití pro výzkumné účely mohu kdykoliv odvolat (písemně ošetřujícímu lékaři) bez udání důvodu. Ošetřující lékař předá tuto informaci laboratoři, která zajistí likvidaci vzorku.

Identifikační údaje vyšetřované(ho):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
Vztah k vyšetřované osobě:					

Místo a datum:
podpis vyšetřované(ho), zákonného zástupce* **Nehodící se škrtněte.**