

Žádanka o laboratorní imunologické vyšetření

Ústav klinické imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové, IČ: 00179906, DIČ: CZ-00179906
tel.: +420 495 832 607, mobil: +420 607 802 634
email: ukia@fnhk.cz, www.fnhk.cz/ukia, potrubní pošta: 7171



datum, hodina, podpis příjmu v laboratoři

evidenční číslo

PŘÍJEMCE: LEDVINA

pojišťovna: <input type="text"/> dat. odběru: <input type="text"/> čas odběru: <input type="text"/> odběr provedl: <input type="text"/>	identifikační č.: <input type="text"/>	pohlaví: <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M	věk: <input type="text"/>	biologický materiál: <input type="checkbox"/> plná krev - srážlivá <input type="checkbox"/> sérum <input type="checkbox"/> plná krev - heparin <input type="checkbox"/> jiné: <input type="text"/>
	příjmení: <input type="text"/>	jméno: <input type="text"/>		
	Dg.: <input type="text"/>	datum Tx: <input type="text"/>		
	kód oddělení: <input type="text"/>	krevní skupina: <input type="text"/>		
	telefon: <input type="text"/>	HLA typizace: <input type="text"/>		

ÚDAJE O DÁRCI:

<input type="checkbox"/> KADAVER. GRAFT	dárce ID: <input type="text"/> datum Tx: <input type="text"/> krevní skupina: <input type="text"/> HLA typizace: <input type="text"/>	ID dárce předchozí Tx: <input type="text"/> datum Tx: <input type="text"/> krevní skupina: <input type="text"/> HLA typizace: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> LIVING DONOR	identifikační číslo: <input type="text"/> příjmení, jméno: <input type="text"/> datum Tx: <input type="text"/> krevní skupina: <input type="text"/> HLA typizace: <input type="text"/>
			dat. odběru: <input type="text"/> čas odběru: <input type="text"/> odběr provedl: <input type="text"/>	

POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ:

ZAŘAZENÍ DO WL PŘED Tx:

- luminex protilátky: (10 ml srážlivá krev)
 HLA + MFI
 MICA + MFI

DALŠÍ Tx : (při znovuzařazení do WL - doplňte údaje o dárci viz výše)

- luminex protilátky: (10 ml srážlivá krev)
 HLA + MFI
 DSA + MFI
 MICA + MFI
- FCXM crossmatch (po domluvě na tel. 3404, odběr dárce 15 ml nesrážlivé krve - heparin)

PO Tx:

- luminex protilátky: (10 ml srážlivá krev)
 HLA + MFI
 DSA + MFI
 MICA + MFI
- FCXM crossmatch (po domluvě na tel. 3404, odběr dárce: 15 ml nesrážlivé krve - heparin)

OSTATNÍ VYŠETŘENÍ: (zařazení do WL)

- IgG

buněčné testy: (4 ml nesrážlivá krev - heparin), prosíme o vyšetření počtu leukocytů a diferenciálu a nahlášení na tel. 3404

- T, B, NK buňky
 BURST test
 časné a pozdní aktivace T, B lymfocytů

-

DOTAZNÍK PACIENTA (PŘÍJEMCE) PRO SPRÁVNOU INTERPRETACI VÝSLEDKŮ:

infekce (poslední 3 měsíce)	transfuze (datum poslední za 3 měsíce)
autoimunita (jaká)	porod / potrat
imunosupresivní léčba (datum podání)	ATG
Rituximab	jiné:

razítko (vč. IČZ a odbornosti), jméno lékaře, podpis, telefonní kontakt: