

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID – číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):
Jméno a příjmení:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Adresa:	

RUTINA	
STATIM	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóza	Diagnóza II.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)

Razítko, IČL a podpis lékaře:
Telefon žadatele:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum a čas odběru *	Datum a čas příjmu
* uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)	
Identif. č. vzorku: (vyplní laboratoř)	

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ – označte

<input type="checkbox"/> periferní krev srážlivá
--

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi, léčba, délka trvání a průběh onemocnění, předchozí vyšetření apod.):

--

POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ SPECIFICKÝCH IgE PROTILÁTEK – volbu označte

POTRAVINY	
Vejce	Kravné mléko
<input type="checkbox"/> f233 nGal d 1 Ovomukoid	<input type="checkbox"/> f76 nBos d 4 α -lactalbumin
<input type="checkbox"/> f232 nGal d 2 Ovalbumin	<input type="checkbox"/> f77 nBos d 5 β -lactoglobulin
<input type="checkbox"/> f323 nGal d 3 Conalbumin	<input type="checkbox"/> f78 nBos d 8 casein
Pšenice	Sója
<input type="checkbox"/> f416 rTri a 19 Omega-5 Gliadin	<input type="checkbox"/> f353 rGly m 4 PR-10
<input type="checkbox"/> f433 rTri a 14 LTP	<input type="checkbox"/> f431 nGly m 5 beta-conglycinin
	<input type="checkbox"/> f432 nGly m 6 Glycinin
Arašidy	Lískové ořechy
<input type="checkbox"/> f422 rAra h 1 7S globulin	<input type="checkbox"/> f428 rCor a 1 PR-10
<input type="checkbox"/> f423 rAra h 2 Conglutin	<input type="checkbox"/> f425 rCor a 8 LTP
<input type="checkbox"/> f424 rAra h 3 11S Globulin	<input type="checkbox"/> f440 nCor a 9 11S globulin
<input type="checkbox"/> f427 rAra h 9 LTP	<input type="checkbox"/> f439 rCor a 14 2S albumin
<input type="checkbox"/> f352 rAra h 8 PR-10	
Jablko	Vlašské ořechy
<input type="checkbox"/> f434 rMal d 1 PR-10	<input type="checkbox"/> f441 rJug r 1 2S albumin
<input type="checkbox"/> f435 rMal d 3 LTP	<input type="checkbox"/> f442 rJug r 3 LTP
Broskev	
<input type="checkbox"/> f419 rPru p 1 PR-10	
<input type="checkbox"/> f420 rPru p 3 LTP	
<input type="checkbox"/> f421 rPru p 4 Profilin	

PYLY	
Břıza	Bojínek
<input type="checkbox"/> t215 rBet v 1	<input type="checkbox"/> g213 rPhl p 1, rPhl p 5b
<input type="checkbox"/> t221 rBet v 2, rBet v 4	<input type="checkbox"/> g214 rPhl p 7, rPhl p 12
HMYZÍ JEDY	
Včela	Vosa
<input type="checkbox"/> i208 rApi m 1 Phospholipase A2, Honey bee	<input type="checkbox"/> i211 rVes v 1 Phospholipase A1, Common Wasp
<input type="checkbox"/> i214 rApi m 2 Hyaluronidase, Honey bee	<input type="checkbox"/> i209 rVes v 5 Antigen 5, Common Wasp
<input type="checkbox"/> i215 rApi m 3 Acid phosphatase, Honey bee	
<input type="checkbox"/> i216 rApi m 5 Dipeptidyl peptidase, Honey bee	
<input type="checkbox"/> i217 rApi m 10 Icarapin, Honey Bee	
JINÉ	
<input type="checkbox"/> o215 nGal-alfa-1,3-Gal (alfa-Gal)	<input type="checkbox"/> o214 CCD; MUXF3 from Bromelain

Pokyny k odběru:

- odběr krve pro vyšetření specifických IgE protilátek proti hmyzím jedům a proti lékům by měl být proveden v časovém rozmezí 2-3 týdny až 6 měsíců po bodnutí, resp. po podání léků a následné nepříznivé reakci
- použití výsledků k výzkumným, publikačním a přednáškovým účelům je podmíněno písemným souhlasem laboratoře

Spektrum prováděných vyšetření a pokyny k odběru BM jsou uvedeny na adrese www.fnol.cz – sekce „Lékaři a odborníci“ – menu: Laboratorní vyšetření – Katalog laboratorních vyšetření a v Laboratorním manuálu Ústavu imunologie, který je dostupný na adrese www.fnol.cz – sekce „Kliniky a oddělení“ – „Ústav imunologie“ menu: Pro pacienty (žadatele o vyšetření).

Aktuální změny ve spektru vyšetřovaných specifických IgE protilátek proti jednotlivým komponentám jsou zveřejňovány prostřednictvím Informátoru Ústavu imunologie.