|  |  |
| --- | --- |
| O:\- O R G A N I Z A Č N Í   N O R M Y\PODKLADY PRO ON - logo\FNOL_logo_pozitiv_CMYK.jpg | *Fm-L009-035-IMUNO-004, verze č.: 1, str. 1/2* |
| **ŽÁDANKA O IMUNOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ**  **Ústav imunologie**  imunologie[@fnol.cz](mailto:ústav@fnol.cz), příjem mater. tel.: 585 632 376 |
| **I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc**  Tel. 588 441 111, E-mail: [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz)  IČ: 00098892 |

**PACIENT** (unifikovaný štítek) *\* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ID - číslo pojištěnce:  (není-li RČ, pak datum narození) | |  |  | **STATIM \*** |  | |
| Jméno  a příjmení: | | |  | **VITÁLNÍ INDIKACE \*** |  | |
| Adresa: | | | Diagnóza II.  Diagnóza  Diagnóza III. |  | |  |
| M  Ž | Kód zdravotní  pojišťovny (plátce): | |  |  | | |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |

**ŽADATEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Razítko pracoviště:  (adresa, IČP, odbornost) |  | Razítko, IČL a podpis lékaře: |
|
|  |
|
| Telefon žadatele: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | *\*\* uveďte skutečné datum odběru*  *(nikoliv datum vystavení žádanky)* |
| Datum a čas odběru \*\* |  | Datum a čas příjmu |

**MATERIÁL K VYŠETŘENÍ** – označte ☒

|  |  |
| --- | --- |
| periferní krev v EDTA  tkáň (lokalita:………..…)  BAL  brush | |
|
| periferní krev srážlivá  výpotek (lokalita:……….….)  jiný: | |
| Informovaný souhlas pacienta:  založen ve zdravotnické dokumentaci \*) | |
| \*) Pacient souhlasí s uchováním BM na Ústavu imunologie: | ANO  NE |
| \*) Pacient souhlasí s anonymním využitím BM v lékařské vědě a výzkumu: | ANO  NE |

**POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ** – označte ☒

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| imunogenet. panel: vyšetření rizika infekce TEP  imunogenet. panel: OSA  sekvenování DNA (vyplňte gen/panel):  ………………………………………………………. | | izolace a uchování DNA  grant/studie……………..………………  jiné: ……………………………...……… |
| O:\- O R G A N I Z A Č N Í   N O R M Y\PODKLADY PRO ON - logo\FNOL_logo_pozitiv_CMYK.jpg | | *Fm-L009-035-IMUNO-004, verze č.: 1, str. 1/2* | | |
| **ŽÁDANKA O IMUNOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ**  **Ústav imunologie**  imunologie[@fnol.cz](mailto:ústav@fnol.cz), příjem mater. tel.: 585 632 376 | | |
| **I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc**  Tel. 588 441 111, E-mail: [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz) IČ: 00098892 | |

**PACIENT** (unifikovaný štítek) *\* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ID - číslo pojištěnce:  (není-li RČ, pak datum narození) | |  |  | **STATIM \*** |  |
| Jméno  a příjmení: | | |  | **VITÁLNÍ INDIKACE \*** |  |
| Adresa: | | |  |  |  |
| M  Ž | Kód zdravotní  pojišťovny (plátce): | | Diagnóza | Diagnóza III.  Diagnóza II. | |
|  |  |  |
|  |

**ŽADATEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Razítko pracoviště:  (adresa, IČP, odbornost) |  | Razítko, IČL a podpis lékaře: |
|
|  |
|
| Telefon žadatele: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | *\*\* uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)* |
| Datum a čas odběru \*\* |  | Datum a čas příjmu |

**MATERIÁL K VYŠETŘENÍ** – označte ☒

|  |  |
| --- | --- |
| periferní krev v EDTA  tkáň (lokalita:………..…)  BAL  brush | |
|
| periferní krev srážlivá  výpotek (lokalita:……….….)  jiný: | |
| Informovaný souhlas pacienta:  založen ve zdravotnické dokumentaci \*) | |
| \*) Pacient souhlasí s uchováním BM na Ústavu imunologie: | ANO  NE |
| \*) Pacient souhlasí s anonymním využitím BM v lékařské vědě a výzkumu: | ANO  NE |

**POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ** – označte ☒

|  |  |
| --- | --- |
| imunogenet. panel: vyšetření rizika infekce TEP  imunogenet. panel: OSA  sekvenování DNA (vyplňte gen/panel):  ………………………………………………………. | izolace a uchování DNA  grant/studie…………..………………  jiné: …………………………...……… |

|  |
| --- |
| **Pokyny k odběru:**  POŽADAVKY NA ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU (BM):  **6-9 ml nesrážlivé krve (EDTA) + 6-9 ml srážlivé krve (s gelem)**   * laboratoř nevyšetřuje vzorky bez označení (každá zkumavka) a bez řádně vyplněné žádanky * při indikaci molekulárně-genetického vyšetření je nezbytné k žádance přiložit řádně vyplněný **Informovaný souhlas s imunogenetickým vyšetřením** * po odběru nesrážlivé krve je nutno ihned zkumavku promíchat, jinak dojde ke sražení vzorku * srážlivou krev, popř. sérum / krev v EDTA nutno uchovávat při 2-8°C a doručit do 4 hod po odběru * požadavky na vyšetření, která nejsou uvedena v tabulce, je možno zadat v kolonce „Jiné“ * 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](http://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](http://www.fnol.cz) – sekce „Kliniky a oddělení“ – „Ústav imunologie“ menu: Pro pacienty (žadatele o vyšetření). |

|  |
| --- |
| **Pokyny k odběru:**  POŽADAVKY NA ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU (BM):  **6-9 ml nesrážlivé krve (EDTA) + 6-9 ml srážlivé krve (s gelem)**   * laboratoř nevyšetřuje vzorky bez označení (každá zkumavka) a bez řádně vyplněné žádanky * při indikaci molekulárně-genetického vyšetření je nezbytné k žádance přiložit řádně vyplněný **Informovaný souhlas s imunogenetickým vyšetřením** * po odběru nesrážlivé krve je nutno ihned zkumavku promíchat, jinak dojde ke sražení vzorku * srážlivou krev, popř. sérum / krev v EDTA nutno uchovávat při 2-8°C a doručit do 4 hod po odběru * požadavky na vyšetření, která nejsou uvedena v tabulce, je možno zadat v kolonce „Jiné“ * 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](http://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](http://www.fnol.cz) – sekce „Kliniky a oddělení“ – „Ústav imunologie“ menu: Pro pacienty (žadatele o vyšetření). |