|  |  |
| --- | --- |
| 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, příjem mater. tel.: 585 632 376 |
| **I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc**Tel. 588 441 111, E-mail: 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.DiagnózaDiagnóza 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, příjem mater. tel.: 585 632 376 |
| **I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc**Tel. 588 441 111, E-mail: 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). |