



Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
www.ousa.sk

ŽIADANKA NA LABORATÓRNE VYŠETRENIA

Laboratórium klinickej imunológie a alergológie

Prietoková cytometria - imunitný profil

L/IM-1

Rodné číslo: <input type="text"/>	Samoplatca: <input type="checkbox"/>	Adresa fakturácie: <input type="text"/>
Priezvisko: <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Meno: <input type="text"/>		
Muž: <input type="checkbox"/> Žena: <input type="checkbox"/> Email: * <input type="text"/>	IČO: <input type="text"/>	DIČ: <input type="text"/>
Tel. číslo: * <input type="text"/>	Kód PZS odosielajúceho lekára: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Kód ZP: <input type="text"/> EÚ poistenec: <input type="checkbox"/> Kód krajiny EÚ: <input type="text"/>	Kód odosielajúceho lekára: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu: <input type="text"/>	Tel. číslo/Email: * <input type="text"/>	<input type="text"/>
Poznámka: EÚ poistenci priložiť kópiu preukazu poistenca.	Kód PZS odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Základná diagnóza: <input type="text"/>	Kód odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Iné diagnózy: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Poznámka lekára: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Dátum odberu: <input type="text"/> Čas odberu: <input type="text"/>	Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/>	
Dátum prijmu: <input type="text"/> Čas prijmu: <input type="text"/>		
Dátum vystavenia žiadanky: <input type="text"/> * Nepovinný údaj		

Súčasný stav choroby:	<input type="checkbox"/> Neutropénia	<input type="checkbox"/> Rádio, chemo terapia	Doterajšia liečba:	<input type="checkbox"/> Žiadna	<input type="checkbox"/> Biologická liečba
	<input type="checkbox"/> Recidivujúce infekty	<input type="checkbox"/> Primárny imunodeficit		<input type="checkbox"/> ATB	<input type="checkbox"/> Vakcíny _____
	<input type="checkbox"/> Autoimunita	<input type="checkbox"/> Sekundárny imunodef.		<input type="checkbox"/> Chemoterapia	<input type="checkbox"/> Imunoterapia
	<input type="checkbox"/> Iné _____			<input type="checkbox"/> Rádioterapia	<input type="checkbox"/> Cytokíny/rastové fakt.

Prietoková cytometria - imunitný profil

<input type="checkbox"/> Subpopulácie lymfocytov (CD3, CD4, CD8, CD4+8+, CD4/CD8, CD19, CD3HLADR)	<input type="checkbox"/> periférna krv Li-He		
	<input type="checkbox"/> periférna krv EDTA		
	<input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/> Aktivačné znaky subpopulácií lymfocytov (CD3+25+, CD4+25+, CD3+69+, CD8+38+, CD8+HLADR+) <i>+ iné - výber spontánnej alebo indukovanej aktivácie bude konzultovaný po osobnom dohovore s laboratóriom</i>	<input type="checkbox"/> periférna krv Li-He		
	<input type="checkbox"/> periférna krv EDTA		
<input type="checkbox"/> T regulačné lymfocyty <input type="checkbox"/> CD4+25+127 dim (z CD4+25+)	<input type="checkbox"/> periférna krv Li-He		
	<input type="checkbox"/> periférna krv EDTA		
<input type="checkbox"/> HLA B 27	<input type="checkbox"/> periférna krv Li-He		
	<input type="checkbox"/> periférna krv EDTA		
<input type="checkbox"/> Fagocytová aktivita granulocytov DHR (*stimulácia inaktivovanými E.coli, PMA, FMLP) <i>Vzorka musí byť odoslaná čo najskôr po odbere! (pre správny výsledok je potrebné spracovať vzorku do 8 hodín)!!</i> (iný odber nevhodný)	<input type="checkbox"/> periférna krv Heparín		
<input type="checkbox"/> Bazofil degranulačný test (CD203c/CD63), (CD63/CD123/CD HLADR)	<input type="checkbox"/> periférna krv Heparín (iný odber nevhodný)		
<input type="checkbox"/> H histamín	<input type="checkbox"/> D1 D. farinae	<input type="checkbox"/> I1 včela	<input type="checkbox"/> F4 pšeničná múka
<input type="checkbox"/> T3 breza	<input type="checkbox"/> D2 D. pteronyssinus	<input type="checkbox"/> I3 osa	<input type="checkbox"/> F5 ražná múka
<input type="checkbox"/> T9 olivovité	<input type="checkbox"/> E1 mačka	<input type="checkbox"/> I6 šváb	<input type="checkbox"/> F13 arašíd
<input type="checkbox"/> GX zmes tráv	<input type="checkbox"/> E2 pes	<input type="checkbox"/> F2 kravské mlieko	<input type="checkbox"/> F17 lieskový orech
<input type="checkbox"/> W1 ambrózia	<input type="checkbox"/> E3 kôň	<input type="checkbox"/> F76 alfa-laktalbumín	<input type="checkbox"/> F25 paradajka
<input type="checkbox"/> W6 palina obyčajná	<input type="checkbox"/> E6 morča	<input type="checkbox"/> F77 beta-laktalbumín	<input type="checkbox"/> F89 horčica
<input type="checkbox"/> M2 cladosporium	<input type="checkbox"/> E82 králik	<input type="checkbox"/> F78 kazeín	<input type="checkbox"/> F221 káva
<input type="checkbox"/> M6 alternária	<input type="checkbox"/> E84 škrečok	<input type="checkbox"/> F1 vaj. bielko	<input type="checkbox"/> F273 tymián
<input type="checkbox"/> MX aspergillus	<input type="checkbox"/> K 82 latex	<input type="checkbox"/> F75 vaj. žltko	<input type="checkbox"/> F152 paprika
			<input type="checkbox"/> aj iné alergény - po dohovore s laboratóriom
<i>Test je potrebné objednať vopred na tel.č. 02/ 3224 8595, štandardne sa robí Ut, St, Št.</i>			
<i>Vzorka musí byť odoslaná čo najskôr po odbere! LIEKY a iné alergény vyšetríme len po dohovore.</i>			
<input type="checkbox"/> Th1/Th2/Th17 cytokíny	<i>Test je potrebné objednať vopred na tel.č. 02/ 3224 8595</i>	<input type="checkbox"/> sérum alebo plazma EDTA	
<i>- vzorka musí byť odoslaná čo najskôr po odbere! (pre správny výsledok je potrebné oddeliť plazmu do 4 hodín)</i>			

Poznámky:

Vzorky s nekompletne vyplnenou žiadosťou nebudú môcť byť vyšetrené!

