



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

ŽIADANKA NA LABORATÓRNE VYŠETRENIA

Oddelenie hematológie a transfuziológie

Prietoková cytometria

L/HE-1-3

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

Všetky vzorky krvi po odbere skladovať až do odoslania pri teplote 20 - 25 °C (nie v chlade)!

Onkohematologické panely (imunofenotypizácia)

Strana 1/2

Typ materiálu (vyznačiť krížikom)

- periférna krv (v K3EDTA) kostná dreň (v K3EDTA) likvor (odber do Transfix-u) iné punktáty (uviesť typ):
 uzlina, tkanivo (vo fyziologickom roztoku!) - dodať do 12:00 v deň odberu, inak nie je možné vzorku vyšetriť!

Požadované vyšetrenie / typ panelu (vyznačiť krížikom)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Všeobecný panel pre MPO/LPO | <input type="checkbox"/> Myeloproliferatívne ochorenie |
| <input type="checkbox"/> Lymfoproliferácia (panel pre B-Ly, T-Ly a NK- bunky) | <input type="checkbox"/> Myelodysplastický syndróm (MDS) |
| <input type="checkbox"/> B-lymfoproliferácia/ B-NHL, B-CLL | <input type="checkbox"/> Akútna leukémia |
| <input type="checkbox"/> T/NK-lymfoproliferácia/ T-NHL | <input type="checkbox"/> Stanovenie minimálnej zvyškovej choroby |
| <input type="checkbox"/> Mnohopočetný myelóm/MGUS | - uveďte pôvodnú dg/typ klonu (v kolónke Epikríza) |

Uveďte prosím hodnoty z aktuálneho KO	RBC (x10 ¹² /L)	WBC (x10 ⁹ /L)	Ly (%)	Mo (%)	Ne (%)	Eo (%)	Ba (%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hematologická terapia (aplikovaná pred požadovaným laboratórnym vyšetrením):

- Monoklonová liečba (uveďte typ, antiCD):
 Transfúzie Rastové faktory Kortikoidy Iná (uveďte aká):

Výsledok predošlého imunofenotypového vyšetrenia (ak bolo realizované):

Dátum: Výsledok:

Epikríza/ Komentár o pacientovi /Poznámky

Vzorky s nekompletne vyplnenou žiadosťou nebudú môcť byť vyšetrené!

Oddelenie hematológie a transfuziológie, OÚSA, Heydukova 10, 812 50 Bratislava • www.ousa.sk

Tel. č.: 02/3224 9534, 9537, 9619, E-mail: tatiana.zeleznikova@ousa.sk, peter.bartek@ousa.sk

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification





Iné vyšetrenia/panely

Strana 2/2

VASP (stanovenie účinnosti liečby derivátmi clopidogrelu)

- vyšetruje sa z periférnej krvi v citráte Na (ako na koagulačné vyšetrenie)

Paroxyzmálna nočná hemoglobinúria (PNH)

- vyšetruje sa iba z periférnej krvi (v K3EDTA)

Uvedte prosím hodnoty z aktuálneho KO

RBC ($\times 10^{12}/L$)

WBC ($\times 10^9/L$)

EMA test - diagnostika hereditárnej sférocytózy

- vyšetruje sa z periférnej krvi (v K3EDTA)

Antitrombocytové protilátky (PAI) - viazané

- vyšetruje sa z periférnej krvi (v K3EDTA) - 2 - 3 ml (pri hodnote PLT nad $50.10^9/L$)

- 3 - 6 ml (pri hodnote PLT 10 - $50.10^9/L$)

- 6 - 9 ml (pri hodnote PLT pod $10.10^9/L$)

Uvedte prosím hodnoty z aktuálneho KO

PLT ($\times 10^9/L$)

Vzorka musí byť odoslaná čo najskôr po odbere

(pre správny výsledok je potrebné spracovať vzorku do 4 hodín)!!

Vyšetrenie sa vykonáva len v dňoch pondelok až štvrtok, nie však v deň pred dňom pracovného voľna! (štandardný postup vyžaduje inkubáciu vzorky cez noc)

Protilátky proti leukocytom (GIFT) - viazané na neutrofilných granulocytoch

- vyšetruje sa z periférnej krvi (v K3EDTA)

Vzorka musí byť doručená do laboratória do 13:00 v deň odberu,

inak nie je možné zabezpečiť správnosť výsledku!!

Uvedte prosím hodnoty z aktuálneho KO

WBC ($\times 10^9/L$)

ANGIO (cytokíny VEGF, bFGF, IL-6, IL-8, IL-1 β , MCP-1, TNF α , MIG, IP-10, IL10)

- vyšetruje sa z periférnej krvi (v K3EDTA)

Vzorka musí byť odoslaná čo najskôr po odbere (pre správny výsledok je potrebné oddeliť plazmu do 4 hodín po odbere)!!

Hematologická terapia (aplikovaná pred požadovaným laboratórnym vyšetrením):

Transfúzie

Rastové faktory

Kortikoidy

Iná (uvedte aká):

Výsledok predošlého imunofenotypového vyšetrenia (ak bolo realizované):

Dátum:

Výsledok:

Epikríza/ Komentár o pacientovi /Poznámky

Vzorky s nekompletno vyplnenou žiadosťou nebudú môcť byť vyšetrené!

