

Ústav hematologie a krevní transfuze, U nemocnice 1, 128 20 Praha 2, Laboratoř pro poruchy hemostázy (koagulační laboratoř), budova B, 2. patro, číslo dveří B335.

Vedoucí: RNDr. Ingrid Hrachovinová, PhD., Tel. 774 712 115 (vedoucí laboratoře), 221 977 251 (laboratoř).

Upozornění: Pro externí žadatele (léčebná zařízení) provádí Laboratoř pro poruchy hemostázy (LPH) pouze speciální vyšetření pacientů **výhradně po předchozí domluvě** s vedoucí laboratoře nebo CTH. Vyšetření je poskytováno formou komplexní konsiliární služby. Laboratoř samostatně rozhoduje o rozsahu prováděných testů. Spektrum dostupných vyšetření, typy odběru a doby odezvy jsou k nahlédnutí na www.uhkt.cz (Laboratoře > Laboratorní příručky > Laboratoř pro poruchy hemostázy) v dokumentu **Přehled vyšetření**.

PACIENT

Pohlaví: _____ Příjmení a jméno: _____

Evidenční číslo pojištěnce: _____ Pojišťovna: _____ Diagnóza: _____/_____

Antikoagulační léčba: _____

Substituční léčba krevními deriváty posledních 6 dní (označte X): Ano: Jaká: _____ Ne:

Důvod vyšetření: _____

Pacient *nesouhlasí:*

- s vyšetřením DNA
 s anonymním využitím DNA k výzkumným účelům
 s uskladněním DNA

ŽÁDÁME o VYŠETŘENÍ (označte X)

<input type="checkbox"/>	Hemofilie A * (1x 10 ml citrát 3,2%)	<input type="checkbox"/>	Trombofilie * (1x 10 ml citrát 3,2%)
<input type="checkbox"/>	Hemofilie B * (1x 10 ml citrát 3,2%)	<input type="checkbox"/>	TTP * (1x 10 ml citrát 3,2%) dále viz strana 2
<input type="checkbox"/>	Von Willebrandova choroba * (1x 10 ml citrát 3,2%)	<input type="checkbox"/>	Genetické vyšetření * (specifikujte):
<input type="checkbox"/>	Patologie prodlouženého APTT/PT (1x 10 ml citrát 3,2%)	<input type="checkbox"/>	Jiné (specifikujte):

* Při požadavku na genetické vyšetření doporučujeme zaslat podrobnější informace o rodinné anamnéze.

MATERIÁL (BIOLOGICKÝ VZOREK)

Datum a čas odběru primárního vzorku: _____ hodin _____ minut

Odesílaný materiál (označte X): plná krev plazma sérum DNA jiné: _____


O VYŠETŘENÍ ŽÁDÁ

Lékař (hůlkovým p.): _____ Tel.: _____

Odbornost: _____ IČP: _____ **Razítko a podpis:**

Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a dle pokynů na straně 2 této žádanky.

Datum a čas příjmu (vyplňuje laboratoř ÚHKT): _____ Přijal a přezkoumal: _____

Laboratorní příručka Příloha č.2 – Žádanka o vyšetření externího pacienta	 <small>Ústav hematologie a krevní transfuze</small>
Laboratoř pro poruchy hemostázy	105_LP_15_01 Platné od. 25.04.2022, A3

Pokyny pro odběr a transport biologického materiálu na externích pracovištích

Biologický materiál odebírejte a odesílejte **výhradně po předchozí domluvě** s vedoucí LPH (774 712 115) tak, aby byl doručen **mezi 8:00 až 12:00** (po dohodě až do **14:00** hodin). Transport pomocí potrubní pošty je vyloučen. Externí zadavatel vyšetření potvrzuje, že je schopen zajistit podmínky odběru i přepravy vzorku v souladu se zde uvedenými pokyny. LPH je oprávněna podmínky přepravy vzorku ověřovat.

Obvykle požadovaný objem vzorku činí **5 – 10 ml**, ale každý jednotlivý případ nejprve konzultujte s vedoucí laboratoře (kompletní přehled viz **Přehled vyšetření**). Laboratoř přijímá vzorky v následujících formách:

Vzorky pro **KOAGULAČNÍ** vyšetření:

1. **Nesrážlivá citrátová plná krev** (antikoagulancium: 3,2% (0.109M) citrát sodný. Citrát : Krev = 1 : 9 objemově). Vakuový systém Sarstedt nebo Monovette, odběr s přesností ± 10 % objemu. Vzorek musí být dodán do laboratoře **do 90 minut od náběru, doprava při teplotě 15 – 25 °C**. Nezapomenout: na žádanku poznamenat **přesný čas odběru**.
2. **Citrátová bezdestičková plazma**. Plazma 2x odstředěná při 2000 – 3000 × g, 15 – 30 minut, sekundární vzorek v plastové zkumavce. Vzorek musí být do laboratoře dodán **do 4 hodin od náběru, doprava při teplotě 15 – 25 °C**. **V případě vyšetření FVIII to musí být do 2 hodin od náběru** vzorku. Nezapomenout: na žádanku poznamenat **přesný čas odběru**.
3. **Zmražená citrátová bezdestičková plazma** (příprava viz bod 2) rozdělená do alikvotů (á 0,5 ml) v řádně označených plastových mikrozkuvkách s víčkem (nejlépe mikrozkuvkou Eppendorf). **Zmrazení musí být rychlé na teplotu -70 °C a níže**. Vzorek může být uchován před odesláním do LPH maximálně 6 měsíců při teplotě -70 °C a níže, do 2 týdnů při -20 °C. **Vzorek nesmí při dopravě roztát!** Optimální je doprava v suchém ledu. Roztátý vzorek nelze použít k vyšetření.

Vyšetření TTP má zvláštní schéma, kontaktujte prosím vedoucí laboratoře (tel. 774 712 115, 221 977 271). **Vyšetření aktivity ADAMTS13 lze provést v režimu statim pouze po domluvě** s vedoucí laboratoře!

! Upozornění: pokud je odesílán sekundární vzorek, vždy na žádanku poznamenat **typ primárního vzorku (citrát, EDTA, atd.)**.

Vzorky pro **DNA ANALÝZU** vrozených poruch hemostázy:

1. **Nesrážlivá plná krev** (antikoagulancium: 3,2% (0.109M) citrát sodný nebo EDTA). Vzorek může být do laboratoře dodán běžnou poštou. Musí být ale v obalu, který zamezí zmrznutí nebo výraznému přehřátí.
2. **Zmražená peleta** krevních buněk, která zůstane po odebrání plazmy po odstředění primárního vzorku. Dodává se v původním obalu (náběrové zkumavce). Peleta nesmí při dopravě roztát. Optimální je doprava v suchém ledu. Rozmrzlý vzorek nelze použít k izolaci DNA.
3. **Izolovaná DNA** vysokomolekulární, přečištěná, minimální koncentrace **100 ng/μl**, objem 50 – 100 μl (podle typu vyšetření). Na žádanku **poznamenat použitou metodu izolace**.

Zpracoval dne: Ing. Tereza Fenclová (25.4.2022)

Schválil: RNDr. Ingrid Hrachovinová, PhD.