

Žádanka na vyšetření proteázy ADAMTS13

Pacient Muž Žena Vyplňte prosím šedé rámečky. IČZ, odbornost, razítko a podpis lékaře

Jméno		Diagnóza	
Příjmení		Datum narození **	
Rodné číslo		Rutina <input type="checkbox"/> Statim <input type="checkbox"/>	
Pojišťovna		Infekční vzorek ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
transfuze během 4 týdnů NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> *** vyplňte pole níže			Datum a čas odběru vzorku, odebral:
*** Specifikujte počet a typ aplikovaných transfuzních přípravků a plazmy:			
<u>Název vyšetření</u>	<u>Metoda</u>	<u>Volba</u>	<u>Množství vzorku</u>
Stanovení aktivity proteázy ADAMTS13	ELISA/FRET		5-10 ml nesrážlivá plná krev – 3,2% (0,109M) citrát sodný Nutno dopravit do laboratoře do 2 hodin od odběru
Stanovení anti- ADAMTS13 IgG protilátek			
Stanovení antigenu proteázy ADAMTS13			

Zkratky:

ELISA

Enzyme-linked immunosorbent assay
 pouze u cizinců a novorozenců

ADAMTS13
 FRET

A disintegrin and metalloproteinase with thrombospondin motifs, 13
 Fluorescence resonance energy transfer

(vyplňují zaměstnanci HLA/DNA laboratoře)

Příjem vzorku v HLA/DNA laboratoři:	Převzal a přezkoumal:
Identifikační číslo materiálu (č. DNA):	