

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID - číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):
Jméno a příjmení:	☐ M ☐ Ž
Adresa:	

RUTINA	
STATIN	
Diagnóza	Diagnóza II. Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)	Razítko, IČL a podpis lékaře:	Datum a čas odběru *	Datum a čas příjmu
		* uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)	
	Telefon žadatele:	Identif. č. vzorku: (vyplní laboratoř)	

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ – označte ☒

☐ periferní krev srážlivá	☐ periferní krev nesrážlivá – heparin	☐ periferní krev nesrážlivá – K ₃ EDTA
☐ ejakulát	☐ endometrium	

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi, léčba, délka trvání a průběh onemocnění, předchozí vyšetření, apod.):

--

POŽADAVKY PRO VYŠETŘENÍ ŽENY – volbu označte ☒

VYŠETŘENÍ HUMORÁLNÍ IMUNITY		2x periferní krev srážlivá	PO-PÁ
☐ anti-spermatozoidální protilátky (ASA)	☐ anti-zona pellucida protilátky (AZPA)		
☐ anti-ovariální protilátky (AOA)	☐ Anti-annexin V protilátky (třídy IgM, IgG)		
VYŠETŘENÍ BUNĚČNÉ IMUNITY		periferní krev nesrážlivá – 2x K ₃ EDTA	ÚT
☐ T regulační lymfocyty (znaky CD4+CD3+FOXP3+), T lymfocyty (znak CD4+), KO + DIFF			
☐ NK buňky (znaky CD16+56+), KO + DIFF			
VYŠETŘENÍ BUNĚČNÉ IMUNITY		endometrium	ÚT, ČT
☐ Vyšetření uterinních NK buněk a T lymfocytů průtokovou cytometrií (vyšetření populací T lymfocytů, NK buněk, NKT buněk, regulačních a cytotoxických NK buněk z biopsie endometria)			

Pokyny k odběru: odběr možný pouze do specializovaného média. Odběr endometria musí být proveden striktně ve výše uvedené dny. Pro více informací kontaktujte laboratoř na emailu: leona.raskova@upol.cz

FUNKČNÍ TESTY		periferní krev nesrážlivá – 1x heparin	ÚT
☐	Vyšetření aktivity NK buněk trofoblastem (JAR linie) průtokovou cytometrií		
☐	Vyšetření aktivity NK buněk spermiemi průtokovou cytometrií (vyberte dále ze dvou možností)		

☐	se spermiemi partnera - doporučeno (nutno dodat vzorek ejakulátu spolu s žádankou a odběrem partnerky)		
Jméno a příjmení partnera:	ID partnera - číslo pojištěnce: (není-li ID, datum narození)	Datum odběru ejakulátu	
☐	vzorek partnera není k dispozici (dodat pouze vzorek ženy, bude použit standardní materiál z laboratoře)		

Pokyny k odběru: vyšetření provádí laboratoř rutinně v úterý. Odběr krve, a příp. ejakulátu musí být proveden striktně v tento den (materiál není možno skladovat).

POŽADAVKY PRO VYŠETŘENÍ MUŽE – volbu označte ☒ **ejakulát**

☐	Akrosomální integrita spermií průtokovou cytometrií	ÚT, ST, ČT
--------------------------	---	------------