**Ústav hematologie a krevní transfuze**

*U Nemocnice 2094/1, 128 00 Praha 2*

**Národní referenční laboratoř pro DNA diagnostiku**

Vedoucí laboratoře: doc. Mgr. Kateřina Machová Poláková, Ph.D.

**Oddělení HLA**

*Kateřinská 521/19, 120 00 Praha 2*

*Tel.: 221 977 430, e-mail:* *306-hla@uhkt.cz*

[*www.uhkt.cz*](http://www.uhkt.cz)

**Žádanka o stanovení genotypu HLA a souvisejících genů**

**ZADAVATEL** (razítko, podpis):

Jméno a adresa:

Tel./E-mail:

**TESTOVANÝ VZOREK**:

Jméno a příjmení/identifikace vzorku:

Rodné číslo\*:

Diagnóza\*:

(\* kde je relevantní)

**TESTOVANÝ MATERIÁL:**

Zaslaný materiál: □ periferní krev v EDTA □ DNA □ jiný………………

Datum a čas odběru:

Předcházející typizace (vč. rodinné studie): □ ne □ ano - **přiložte čitelnou kopii výsledků**

Poznámka: Odběr primárního vzorku pro stanovení byl proveden s informovaným souhlasem testované osoby.

Nakládání se vzorkem po stanovení: uchovat vzorek □ ne

(dle informovaného souhlasu testované osoby) využít pro vědecké účely □ ne

 využít pro potřeby MPZ □ ne

**POŽADOVANÉ STANOVENÍ:**

**□** lokusy HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1, -DQA1 **nízké rozlišení,** HLA-DPB1

 přítomnost HLA-DRB3-5

□ lokusy HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1, -DQA1, -DPB1 **vysoké rozlišení**

**□** HLA konfirmace

**□** KIR

**□** **HLA-DQA1/DQB1** pro diagnostiku **celiakie** (přítomnost/nepřítomnost DQ2 a DQ8)

**□** **HLA-DQB1\*06:02** pro diagnostiku **narkolepsie**

**□** **HLA-B\*27** pro diagnostiku **revmatoidních onemocnění** a dalších souvisejících diagnóz

**□** **HLA-B\*57:01** (prevence HSR pro podání ABACAVIRU)

**□** HLA pro diagnostiku dalších chorob (uveďte požadovaný lokus/diagnózu)………………………….

**□** jiná (po konzultaci s laboratoří uveďte požadovaný lokus)……..……………………………………………

**VYPLŇUJE LABORATOŘ:**

Číslo materiálu:

Datum a čas přijetí vzorku:

Převzal a přezkoumal: