

Žádanka o vyšetření při podezření na paraproteinémii/ paraproteinurii („imunoelfo“)

OKB FTNsP

Vídeňská 800, 140 59
Praha 4
pav. H, 2. p., ☎: 2468



Příjmení:		Oddělení:	
Jméno:		Jméno lékaře:	
Rodné číslo:		Číslo lékaře (IČZ):	
Dg:		☎:	
Pojišťovna:		Samoplátce:ano/ne	
Datum:		Odbornost:	
Čas odběru:			

materiál: srážlivá krev	
+ vzorek první ranní moče (ano/ne)	
(v případě ZASLÁNÍ NESRÁŽLIVÉ KREV PROSÍME VÝRAZNĚ OZNAČIT NA ŽÁDANCE !!!)	
klinické údaje ve vztahu k požadovanému vyšetření; důvod indikace vyšetření (potřebné pro zvýšení informační hodnoty nálezu a jeho cílenou interpretaci):	

Požadovaná vyšetření: Zatrhňte požadovaný soubor vyšetření (v závorce jsou uvedena jednotlivá vyšetření souboru):

	1.	„imunoelfo“ - elektroforéza krve s vyšší rozlišovací schopností vč. hladin imunoglobulinů (S-IgG, IgA, IgM, S-elfo, U-elfo; v indikovaných případech doplněno o imunofixaci a S-volné lehké řetězce Ig včetně indexu K/L) (z hlediska informační hodnoty vhodné zasílat současně srážlivou krev + vzorek první ranní moče)
	2.	samotné stanovení S-volných lehkých řetězců Ig (FLC) a jejich indexu - jen pro nemocné s již diagnostikovanou monoklonální gamapatií; určeno pouze pro monitorování hematologické terapie

(vyplní OKB)

IgG:		IgA:		IgM:	
moč:					

Podpis, razítko:

--	--