

**Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium**

Laborvezető: dr. Andrikovics Hajnalka  
 e-mail: molekularis.diagnozstika@ovsz.hu

1113 Budapest, Daróczi u. 16. „C” ép. II. em. 206  
 Tel.: (+36-1) 372-4449; Fax: (+36-1) 372-4448

**KÉRŐLAP****VÉRCSOPORT-ANTIGÉNEK MOLEKULÁRIS GENETIKAI VIZSGÁLATÁHOZ**

Javaslatot tevő transzfuziológus neve: .....	
OVSZ Vérellátó / Transzfuziológiai Osztály:.....	
<b>Beteg neve:</b> .....	Térítési kategória: ambuláns /fekvőbeteg ellátás
Születési idő:.....	Mintavétel időpontja: .....
TAJ szám:.....	Naplósorszám / törzsszám: .....
Beküldő intézmény neve és kódja:.....	
Beküldő orvos neve és pecsétszáma:.....	

**Kísérő adatok****DIAGNÓZIS:**.....

Ismert hematológiai betegség:.....

Vérképzőanyagot kapott-e elmúlt 3 hónapban: .....

Szerv- vagy szövetátültetés:.....

Korábbi haemolitikus transzfúziós szövődmény:.....

Irregularis antitest (típusa) .....

Sepsis: .....; Immundeficiencia: .....

Jelenleg terhes-e (hét) .....; Korábbi terhességek/ szülések száma:.....

Újszülöttkori hemolitikus betegség (UHB): .....

Fetalis és újszülöttkori alloimmun thrombocytopenia (FNAIT):.....

UHB/FNAIT érintett anya / apa / magzat / újszülött (megfelelő aláhúzendó)

poszttranszfúziós purpura (PTP): .....transzfúziót követő refrakter thrombocytopenia (TRT):.....

Egyéb transzfuziológiai szempontból fontos megjegyzés: .....

.....

.....

**I. ABO vércsoport rendszer vizsgálata****Kért vizsgálat:**

<b>ABO genotipizálás</b>	<input type="checkbox"/>
<b>ABO subtipizálás gyenge A és B genetikai variánsok kimutatására</b>	<input type="checkbox"/>

**ABO szerológia eredménye:**

Teszt megnevezése	ABO antigén vizsgálat (bal oldal):			ABO antitestek vizsgálata (jobb oldal):			
	Anti- A:	Anti-B:	Anti-AB:	A1:	A2:	B:	0:

Molekuláris genetikai vizsgálat kérés indoklása: .....

.....

.....

**II. Rh vércsoportrendszer vizsgálata****Kért vizsgálat:**

Weak RhD variánsok kimutatása (1, 2, 3 típusok)	<input type="checkbox"/>
Parciális RhD variánsok kimutatása és RHCE tipizálás	<input type="checkbox"/>
<b>RHD</b> zigótaság vizsgálata (DD/Dd/dd genotípusok elkülönítése), <b>RHD</b> exon szűrés	<input type="checkbox"/>

Rh vércsoport szerológia eredménye: .....

Molekuláris genetikai vizsgálat kérés indoklása: .....

.....

**III. Egyéb vércsoport rendszer vizsgálata****Kért vizsgálat:**

MNS genotipizálás (GYPA*M/GYPA*N; GYPB*S/GYPB*s)	<input type="checkbox"/>
Kell genotipizálás (KEL*1/KEL*2)	<input type="checkbox"/>
Kidd genotipizálás (JK*A/JK*B)	<input type="checkbox"/>
Duffy genotipizálás (FY*A/FY*B)	<input type="checkbox"/>
Egyéb vércsoport antigén: .....	<input type="checkbox"/>

Vércsoport szerológiai vizsgálat eredménye: .....

Molekuláris genetikai vizsgálat kérés indoklása: .....

.....

**IV. HPA antigének vizsgálata****Kért vizsgálat:**

HPA genotipizálás szűrés	<input type="checkbox"/>
Célzott HPA antigén genotipizálás - kért HPA antigén:.....	<input type="checkbox"/>

Szerológia eredménye: .....

Molekuláris genetikai vizsgálat kérés indoklása: .....

.....

A molekuláris genetikai vizsgálatok elvégzéséhez és a genetikai minta tárolásához beteg-tájékoztatást követően írásos beleegyező-nyilatkozat aláírása szükséges! (minta lsd. OVSZ honlap)

<b>Vérminta:</b> 3 ml EDTA-val alvadásgátolt vér (+4°C-on tárolható 1 hétig)
--

Dátum: .....

.....

beküldő orvos aláírása, pecsét