

SYNLAB
HEMOSTÁZIS VIZSGÁLKÉRO LAP
PRIVÁT VIZSGÁLKATOKHOZ

		Beküldő neve:			
		Beküldő címe:			
Név:			9 jegyű kód:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Születési név:			Orvos neve:	Tel:	Pecsét száma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TAJ/ID: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Térítés módja: <input type="checkbox"/> Helyben fizető <input type="checkbox"/> Csekkel előre* <input type="checkbox"/> Átutalás előre*	Szerződéses	
Születési dátum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő	Befizetés azonosító:		Beutaló kelte: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Lakcím (helység): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tel: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Számzási név: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Mintav. dátuma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Lakcím (utca,hsz.): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Számzási cím: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Leletküldési e-mail: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kéréaphoz kell csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.
Iránydiag./BNO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

ANAMNESZTIKUS ADATOK: MIÉRT KÉRI A VIZSGÁLKATOKAT?	
Terhesség fennáll-e?	Ha igen, hányadik héten van?

TERHESSEG ALATT NEM JAVASOLT A SPEC.ALVADÁS VIZSGÁLKATOK VÉGGZÉSE!

EGYEDI VIZSGÁLKATKÉRESEK			
RUTIN TESZTEK (fagyasztott plazmából, kiegészítő teszt)**		ALVADÁSI FAKTOROK	
Protrombin (INR)	K	Faktor II**** (ez NEM a genetikai vizsgálat!!!)	K
APTI	K	Faktor V**** (ez NEM a genetikai vizsgálat!!!)	K
Trombin idő	K	Faktor VII	K
Fibrinogén	K	Faktor VIII	K
D-dimer (mennyiségi)	K	Faktor IX	K
TROMBOFILIA*		Faktor X	K
APC rezisztencia (APCR)	K	Faktor XI	K
Protein C aktivitás (PC)	K	Faktor XII	K
Protein S aktivitás (PS)	K	Faktor XIII	K
Antitrombin aktivitás (AT)	K	EGYÉB TESZTEK	
Lupus antikoaguláns (LA)	K	von Willebrand antigén	K
Szabad Protein S antigén (free PS ag.)	K	Anti-Xa (heparin teszt)***	K
		A von Willebrand aktivitás és a PAI (Plazm. akt. inhibitor) a német kérérlapon található meg!	
Homocisztein	◆	L	
Foszfolipid antitest szűrés (B2-GPI + Kardiolipin)	N	N	

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ
Olvashatatlanul, hibásan, hiányosan kitöltött kérérlap esetén a vizsgáltkatokat nem áll módunkban teljesíteni. A vizsgáltkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen! **** A Protrombin mutáció és a Leiden mutáció a genetikai kérérlapon található!!!

ALKALMAZOTT GYÓGYSZERES TERÁPIA	
Tegyen ide X-et, ha a páciens semmilyen véralvadásra ható terápiában nem részesül	
K-vitamin antagonist (Kumarin származék pl.: Syncumar, Marfarin)	
NOAC (új típusú orális antikoagulánsok: Xarelto, Eliquis, Lixiana, Pradaxa)	
NOAC típusa:	Hány napja nem szedi a NOAC-ot?
LMWH (kis molekulású heparin, pl.: Fragmin, Fraxiparine, Clexane)	
LMWH utolsó beadás időpontja (dátum, óra:perc):	
Trombocitafunkció gátló kezelés (Aspirin, Clopidogrel stb.)	
Egyéb, nem véralvadásgátló gyógyszer:	

PANELBEN KÉRHETŐ VIZSGÁLKATOK			
Trombophilia panel*		K	K
Protrombin, APTI, Trombin idő, Fibrinogén, D-dimer, APCR, PC, PS, free PS ag., ATIII, Lupus antikoaguláns, Faktor VIII, Homocisztein ◆		K	K
Trombophilia immunológiai kivizsgálása		N	N
Foszfolipid at.szűrés, Annexin IgG/IgM, Protrombin elleni at., Foszfatidiliszterin elleni IgG at., Foszfatidiliszterin elleni IgM at.		N	N
Antifoszfolipid szindróma panel		K	K
Foszfolipid antitest szűrés (B2-GPI + Kardiolipin) Lupus antikoaguláns, Protrombin, APTI, Trombin idő		K	K

MINTAVÉTELI ÚTMUTATÓ
K (kék dugós, citrátos cső) A kék dugós (citrátos) csövekbe levett minták kezelése: a mintát 4 órán belül a laboratóriumba kell juttatni! L (lila dugós, EDTA-s cső) ◆-val jelölt vizsgálat esetében a mintát azonnal centrifugálni, a plazmát pedig lefagyasztani kell. N (sárga dugós, natív cső) * Új típusú orális antikoagulánsok szedése esetén legalább 4 nap gyógyszermentesség, kumarin származékok szedése esetén legalább 7-10 nap gyógyszermentesség kell a trombophilia irányú véralvadási vizsgáltkatok értékelhetőségéhez. Amennyiben a kezelőorvos döntése alapján az antikoagulálás nem elhagyható, LMWH kezelésre kell áttérni. ** INR, APTI, Trombin idő kötelezően mérendő teszt az alvadási faktor, von Willebrand antigén és a trombophilia vizsgáltkatokhoz. *** Anti-Xa vizsgálatot CSAK LMWH monitorozásra végzünk, NOAC terápia ellenőrzésre a teszt nem használható! A mintavételt az LMWH beadása után 4 órával kell elvégezni az eredmény értékelhetőségéhez.