



Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
www.ousa.sk

ŽIADANKA NA LABORATÓRNE VYŠETRENIA

ODDELENIE LEKÁRSKEJ GENETIKY

ODDELENIE KLINICKEJ PATOLÓGIE A CYTOLÓGIE

ŽIADOSŤ O VYŠETRENIE LBC, HPV A UROGENITÁLNYCH PATOGÉNOV

L/GE-6-4

Rodné číslo: <input type="text"/>	Samoplatca: <input type="checkbox"/>	Adresa fakturácie: <input type="text"/>
Priezvisko: <input type="text"/>		
Meno: <input type="text"/>		
Muž: <input type="checkbox"/> Žena: <input type="checkbox"/> Email: * <input type="text"/>		
Tel. číslo: * <input type="text"/>		
Kód ZP: <input type="text"/> EÚ poistenec: <input type="checkbox"/> Kód krajiny EÚ: <input type="text"/>		
Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu: <input type="text"/>		
Poznámka: EÚ poistenci priložiť kópiu preukazu poistenca.		
Základná diagnóza: <input type="text"/>		
Iné diagnózy: <input type="text"/>		
Dátum odberu: <input type="text"/> Čas odberu: <input type="text"/>		
Dátum prijmu: <input type="text"/> Čas prijmu: <input type="text"/>		
Dátum vystavenia žiadanky: <input type="text"/> *Nepovinný údaj		
IČO: <input type="text"/> DIČ: <input type="text"/>		
Kód PZS odosielaajúceho lekára: <input type="text"/>		
Kód odosielaajúceho lekára: <input type="text"/>		
Tel. číslo/Email: * <input type="text"/>		
Kód PZS odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>		
Kód odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>		
Poznámka lekára: <input type="text"/>		
Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/>		

Predch. OC nález: <input type="checkbox"/>	Ožarovanie - dátum: <input type="text"/>	PM/menopauza - dátum: <input type="text"/>
Gravidita teraz: <input type="checkbox"/>	Po pôrode: <input type="checkbox"/>	Hormonálna ATK/HRT: <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/>
Lokalizácia: Exocervix: <input type="checkbox"/>	Endocervix: <input type="checkbox"/>	Uretra (u mužov): <input type="checkbox"/> Tkanivo: <input type="checkbox"/> ORL: <input type="checkbox"/>

PREDMET VYŠETRENIA (označte krížikom požadované cytologické a/alebo genetické vyšetrenie)

Cytológia	<input type="checkbox"/>	Liquid based cytology (LBC) (info: cytologia@ousa.sk, 02/3224 9580) - odberové skúmavky: PreservCyt Prijal: <input type="text"/> Diagnostikoval: <input type="text"/> Spracoval: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	HR-HPV skrining (akýkoľvek OC nález so suspektnou HPV infekciou) - odberové skúmavky: PreservCyt (označené HPV skrining/HPV genotyp/QIAure Methylation/Patogény)
Genetické vyšetrenie HPV	<input type="checkbox"/>	Genotypizácia HPV vírusov (OC nález ASCUS a horší) - odberové skúmavky: exocervix: PreservCyt (označené HPV skrining/HPV genotyp/QIAure Methylation/Patogény) uretra: Copan (označené HPV genotyp-uretra) tkanivo: 15 ml skúmavky s bielym vrchnákom (označené HPV genotyp-tkanivo)
	<input type="checkbox"/>	Expresia HR-HPV onkogénov E6/E7 (HPV pozit., OC nález H-SIL, resp. opakovane L-SIL s dokázanou HPV infekciou) - odberové skúmavky: 15 ml s červeným vrchnákom (označené Expresia)
	<input type="checkbox"/>	QIAure Methylation Test - dôkaz metylácie DNA (HPV pozit., OC nález L-SIL a horší) - odberové skúmavky: PreservCyt (označené HPV skrining/HPV genotyp/QIAure Methylation/Patogény)
Dôkaz patogénov	<input type="checkbox"/>	Dôkaz DNA mikroorganizmov <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Mycoplasma genitalium</i>, <i>Trichomonas vaginalis</i>, <i>Mycoplasma hominis</i>, <i>Ureaplasma urealyticum</i>, <i>Ureaplasma parvum</i> (vyšetrenie je možné kombinovať s HPV skriningom alebo Genotypizáciou) - odberové skúmavky: exocervix: PreservCyt (označené HPV skrining/HPV genotyp/QIAure Methylation/Patogény) uretra: Copan (označené HPV genotyp-uretra) moč: 10 ml skúmavky so žltým vrchnákom (označené Moč-Patogény)

ODBER A TRANSPORT MATERIÁLU

Vyšetrenie	Odber	Skúmavka	Skladovanie	Transport
LBC cytológia, Skrining a Genotypizácia HPV, QIAure Methylation Test, Dôkaz patogénov	Ster z exocervixu sa odoberá dodávanou odberovou kefkou. Kefku po odbere dôkladne vytrepťe do roztoku a zlikvidujte.	PreservCyt s nápisom „HPV skrining/HPV genotyp/QIAure Methylation/Patogény“	Izbová teplota	Izbová teplota
Dôkaz patogénov z moču	Prvý prúd moču sa odoberá do sterilnej skúmavky.	10 ml skúmavky so žltým vrchnákom a nápisom „Moč-Patogény“ alebo ľubovoľná sterilná skúmavka	Chladnička - krátkodobá, čím skôr doručiť do laboratória	Izbová teplota
Genotypizácia HPV - uretra resp. tkanivo	Ster z uretry sa odoberá sterilným tampónom. Tampón vložte späť do skúmavky Copan. Fragment tkaniva (minimálne 2x2 mm) vložte do skúmavky „Genotyp“ s roztokom.	Komerčné odberové skúmavky s nápisom „HPV uretra“ Odberové skúmavky s nápisom „HPV tkanivo“	Chladnička do 3 dní, potom zamraziť	Chladnička, mraznička
Expresia E6/E7	Ster z exocervixu sa odoberá sterilným tampónom alebo kefkou. Kefku, tampón po odbere dôkladne vytrepťe do roztoku a zlikvidujte.	15 ml s červeným vrchnákom a nápisom „EXPRESIA“	Chladnička - do 1 týždňa	Chladnička alebo krátkodobá izbová teplota

Oddelenie lekárskej genetiky, Oddelenie klinickej patológie a cytológie OÚSA

Heydukova 10, 812 50 Bratislava • www.ousa.sk/genetika, Tel. č.: 02/3224 8587, 8574, 9580

E-mail: aster.alemayehu@ousa.sk, regina.behulova@ousa.sk, cytologia@ousa.sk

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification





1. Vyšetrenie je určené na úhradu z verejného zdravotného poistenia a indikované podľa Kritérií na indikovanie laboratórných výkonov v odbore Lekárska genetika, zverejnených ku dňu indikovania na webovej stránke príslušnej zdravotnej poisťovne.

Klinické podrobnosti sú uvedené v zdravotnej dokumentácii pacienta.

2. Od výsledku vyšetrenia očakávam:

a) potvrdenie pracovnej diagnózy*

b) vylúčenie pracovnej diagnózy*

*Nehodiace sa prečiarknite

Výsledok podľa bodu 2a) alebo 2b):

aa) bude mať vplyv na ďalší manažment pacienta:

F - farmakoterapia; BL - biologická liečba; DO - dietetické opatrenia; O - operácia; D - dispenzarizácia*

F BL DO O D

* Vyznačte možnosti

ab) nebude mať vplyv na ďalší manažment pacienta

Podpis indikujúceho lekára

