

SYNLAB
HEMOSZTÁZIS VIZSGÁLTÁRKÉRŐ LAP
PRIVÁT VIZSGÁLTÁTKHOZ

		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:
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Térítés módja:	<input type="checkbox"/> <i>Helyben fizető</i> <input type="checkbox"/> <i>Csekkel előre*</i> <input type="checkbox"/> <i>Átutalás előre*</i>	Szerződéses
Születési dátum:	Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/>	Befizetés azonosító:		Beutaló kelte:
Lakcím (helység):	Tel:	Számlázási név:		Mintav. dátuma:
Lakcím (utca,hsz.):		Számlázási cím:		*A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot a kéréslapoz kell csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni.
Iránydiag. / BNO:		Leletküldési e-mail:		

ALKALMAZOTT GYÓGYSZERES TERÁPIA			
NOAC (új típusú orális antikoagulánsok: pl.: rivaroxaban (Xarelto), dabigatran (Pradaxa), apixaban (Eliquis), edoxaban (Lixiana))		K-vitamin antagonisták (Kumarin származék pl.: Syncumar, Marfarin)	
NOAC típusa:	Hány napja nem szedi a NOAC-ot?	Trombocitafunkció gátló kezelés (Aspirin, Clopidogrel stb.)	
LMWH (kis molekulású heparin, pl.: Fragmin, Fraxiparine, Clexane)		Nem frakcionált heparin	Egyéb:
LMWH utolsó beadás időpontja (dátum, óra:perc):		Tegyen ide X-et, ha a páciens nem szed véráramlásra ható gyógyszert	

EGYEDI VIZSGÁLTÁRKÉRÉSEK			
RUTIN TESZTEK		ALVADÁSI FAKTOROK	
Protrombin (INR)	K	Faktor II (vérzékenység kivizsgáláshoz)	K
APTI	K	Faktor V (vérzékenység kivizsgáláshoz)	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 III akt. (ATIII)	K	EGYÉB TESZTEK	
Lupus antikoaguláns (LA)	K	von Willebrand antigén	K
Szabad Protein S antigén (free PS ag.)	K	Anti-Xa (heparin teszt)**	K
Homocisztein	◆	A von Willebrand aktivitás és a PAI (Plazm. akt. inhibitor) a német kéréslapon található meg!	
Foszfolipid antitest szűrés (B2-GPI + Kardiolipin)	N		

MOLEKULÁRIS GENETIKAI VIZSGÁLTATOK
Molekuláris genetikai tesztheinket (pl.: V. faktor Leiden mutáció, vagy II. faktor (protrombin) mutáció vizsgálata) megtalálja genetikai kéréslapunkon, kérjük a vizsgálatok igényléshez azt töltsse ki!

PANELBEN KÉRHETŐ VIZSGÁLTATOK			
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			
Foszfolipid at.szűrés, Annexin IgG/IgM, Protrombin elleni at., Foszfátidilszerin elleni IgG at., Foszfátidilszerin elleni IgM at.			N
Antifoszfolipid szindróma panel			N
Foszfolipid antitest szűrés (B2-GPI + Kardiolipin)			K
Lupus antikoaguláns, Protrombin, APTI, Trombin idő			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 véráramlási vizsgálatok értékeltségéhez. Amennyiben a kezelőorvos döntése alapján az antikoagulálás nem elhagyható, LMWH kezelésre kell átállni.
** Anti-Xa vizsgálatot CSAK LMWH monitorozásra végzünk, NOAC terápia ellenőrzésére a teszt nem használható! A mintavételt az LMWH beadása után 4 órával kell elvégezni az eredmény értékeltségéhez.

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ
Olvashatatlanul, hibásan, hiányosan kitöltött kéréslap esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban teljesíteni. A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!