



## OBRAZAC ZA SLANJE UZORAKA ZA ODREĐIVANJE ADAMTS13

PODATCI O LIJEČNIKU KOJI JE NARUČIO ANALIZU	PODATCI O BOLESNIKU ZA KOJEG SE TRAŽI ANALIZA
LIJEČNIK: _____ NAZIV USTANOVE: _____ KONTAKT LIJEČNIKA: Telefon: _____ e mail: _____	IME I PREZIME: _____ SPOL:      M      Ž DATUM I GODINA ROĐENJA. _____ Krvna grupa _____
<input type="checkbox"/> <b>HITNO (AKUTNO STANJE, 1. određivanje)</b> <input type="checkbox"/> <b>Uzorak uzet prije plazmafereze    DA    NE</b> <input type="checkbox"/> <b>KONTROLNI UZORAK</b> Broj učinjenih plazmafereza _____ Terapija: _____ _____	<b>VRSTA POSLANIH UZORAKA ZA ADAMTS13</b> <input type="checkbox"/> <b>PUNA CITRATNA KRV*</b> (1 epruveta / plavi čep; najmanje 3 mL) *ako je uzorak krvi moguće dostaviti unutar maksimalno 4 sata od uzorkovanja <input type="checkbox"/> <b>CITRATNA PLAZMA**</b> (poželjno najmanje 2 alikvota od 0,5 -1 mL) **ako nije moguće dostaviti uzorak pune krvi unutar 4 sata od uzorkovanja <b>(priprema plazme: odvojiti plazmu nakon centrifugiranja pune citratne krvi na sobnoj temperaturi 2 x 15 min na 4000 okr/min i zamrznuti što prije, po mogućnosti na -70 °C)</b> <b>Obvezno je obilježene uzorke zamrznute plazme transportirati na suhom ledu (brzom poštom) tijekom radnog tjedna od ponedjeljka do petka.</b>
Kontaktirati koagulacijski laboratorij KZLD, KBC Zagreb na telefonski broj 01 2367 262 ili doc. dr. sc. Mariju Miloš (mob: 091 492 2230) doc. dr. sc. Désirée Coen Herak (mob: 098 589 107)	<input type="checkbox"/> <b>PUNA EDTA KRV***</b> (1 epruveta s ljubičastim čepom) ***poželjno poslati uz punu citratnu krv ako je uzorak krvi moguće dostaviti unutar maksimalno 4 sata od uzorkovanja Datum i vrijeme uzimanja uzoraka: _____ Datum i vrijeme slanja uzoraka: _____

<b>PRETRAGA:</b> <input type="checkbox"/> (P) ADAMTS13 AKTIVNOST (kvantitativna metoda) <input type="checkbox"/> (P) INHIBITORI NA ADAMTS13 (test miješanja) <input type="checkbox"/> (P) PROTUTIJELA NA ADAMTS13 IgG (metoda ELISA) <b>Inhibitori na ADAMTS13 izvode se samo u slučaju ako je aktivnost ADAMTS13 &lt; 0,20 kIU/L (&lt; 20%).</b>	<b>Uzorci se šalju na adresu:</b> Klinički zavod za laboratorijsku dijagnostiku Koagulacijski laboratorij KBC Zagreb Kišpatićeva 12 10 000 Zagreb
---	--

PODATCI O LABORATORIJSKIM NALAZIMA BOLESNIKA (koji su dostupni)		
• Broj trombocita (x10 <sup>9</sup> /L) _____	• LDH (U/L) _____	• Direktni Coombs-ov test _____
• Hemoglobin (g/L) _____	• Haptoglobin (g/L) _____	• Indirektni Coombs-ov test _____
• Broj retikulocita (x10 <sup>9</sup> /L) _____	• Ukupni bilirubin (µmol/L) _____	• Ostalo _____
• Broj leukocita (x10 <sup>9</sup> /L) _____	• Ureja (mmol/L) _____	_____
• Shistociti (% ili po vidnom polju) _____	• Kreatinin (µmol/L) _____	_____

Popunjeni obrazac poslati zajedno s uzorkom i/ili na e-mail [mmilos@kbc-zagreb.hr](mailto:mmilos@kbc-zagreb.hr) ili [dcoen@kbc-zagreb.hr](mailto:dcoen@kbc-zagreb.hr)