



## ŽÁDOST O PROJEDNÁNÍ NÁVRHU REGISTRAČNÍHO LISTU ZDRAVOTNÍHO VÝKONU NA JEDNÁNÍ PRACOVNÍ SKUPINY K SEZNAMU ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ S BODOVÝMI HODNOTAMI

**Žádost podává** (jméno, název subjektů dle § 17b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění)

Mgr. Hana Tereza Bolcková  
Společnost pro transfuzní lékařství ČLS JEP

**Název zdravotního výkonu, popř. číslo výkonu:**

*V případě, že se jedná o návrh na nový výkon, uveďte pracovní kód (číslo výkonu), v případě že se jedná o více výkonů, uveďte **všechny** kódy (čísla výkonů)*

Seznám předkládaných výkonů, které se budou projednávat na Pracovní skupině k SZV MZ:

- 1) 222-2024-07-29-04-24-31 VYŠETŘENÍ TROMBOCYTÁRNÍCH PROTILÁTEK MAIPA TESTEM - V SÉRII 10 TESTŮ
- 2) 222-2024-08-27-11-12-17 VYŠETŘENÍ PROTILÁTEK ASOCIOVANÝCH S HIT (HEPARINEM INDUKOVANÁ TROMBOCYTOPENIE) A VITT ELISA TESTEM
- 3) 222-2024-08-27-11-40-46 VYŠETŘENÍ PROTILÁTEK ASOCIOVANÝCH S HIT CHEMILUMINISCENČNÍM TESTEM NA PŘÍSTROJI BIOFLASH

**Zdůvodnění žádosti:**

Ad1) jedná se o specifickou a citlivou metodu umožňující detekovat specifické antitrombocytové protilátky proti gpIIb/IIIa, Ia/IIa a Ib/IX, HPA-1-5 splňující IVDR.

Ad2) Metoda umožňující detekci protilátky asociované s HIT (Heparinem Indukované Trombocytopenie) a také VITT (Vaccine-Induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia) ELISA testem.

Ad2) Rychlá plně automatická metoda detekce protilátky asociované s HIT chemiluminiscentním testem.

**Doplňující informace k žádosti:**

**Obsah příloh:**

*(Uveďte vždy název souboru přílohy)*



**Datum, podpis, razítko:**

2.9.2024

Mgr. H.T. BOLCKOVÁ

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST  
SP. S R. O. S. T.

TRANSFÚZNÍ LÉKAŘSTVÍ

**Kontaktní telefon, e-mail:**

774500139

Hana.Bolckova@uhkt.cz