**Załącznik nr 4 – Zestawienie Pakietów Badań**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  | | |  | | | |  |  | |
|  | | **PAKIET NR 1** | | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  |  |
| L.p. | | Rodzaj badania | | | Ilość na 2 lata | | Cena jednego badania | | | | | Koszt badań | | | Metoda | | Wartości referencyjne | | | Materiał | | | Maksymalny czas oczekiwania na wynik (dni robocze) | | Temperatura  i czas przechowywania próbki | | | Dodatkowe wymagania dotyczące przygotowania pacjenta, pobierania  i przechowywania próbki | | Zamierzam powierzyć podwykonawcy**\*** | Dokument poświadczający kontrolę zewnątrzlaboratoryjną. |
| 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | | | | | 5 | | | 6 | | 7 | | | 8 | | | 9 | | 10 | | | 11 | | 12 | 13 |
| 1 | | **Przeciwciała anty-Aspergillus IgG** | | | 30 | |  | | | | |  | | | ELISA | |  | | | surowica | | | 10 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 2 | | **Antygen krążący Aspergillus (Galaktomannan)** | | | 5 | |  | | | | |  | | | ELISA | |  | | | surowica / BAL | | | 10 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 3 | | **Przeciwciała anty-Candida IgG/ IgM/ IgA** | | | 5 | |  | | | | |  | | | ELISA | |  | | | surowica | | | 10 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 4 | | **Antygen Candida (Mannan) w surowicy** | | | 30 | |  | | | | |  | | | ELISA | |  | | | surowica / BAL | | | 10 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 5 | | **Subpopulacjie limfocytów T i limfocytów B** | | | 30 | |  | | | | |  | | | cytometria przepływowa | |  | | | krew pełna EDTA | | | 2 dni | |  | | | Materiał powinien być dostarczony do laboratorium wykonującego badanie w ciągu 24 h | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 6 | | **IgG4 - poziom - podklasy immunoglobuliny G** | | | 50 | |  | | | | |  | | |  | |  | | | surowica | | | 14 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 7 | | **Aminy katecholowe w moczu (noradrenalina, adrenalina, dopamina)** | | | 20 | |  | | | | |  | | | HPLC | |  | | | DZM | | | 10 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 8 | | **Metabolity amin katecholowych w moczu (kwas wanilino-migdałowy, kwas homowanilinowy, kwas 5-hydroksyindolooctowy)** | | | 15 | |  | | | | |  | | | HPLC | |  | | | DZM | | | 10 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 9 | | **Metoksykatecholaminy w moczu (normetanefryna, metanefryna, 3-metoksytyramina)** | | | 15 | |  | | | | |  | | | HPLC | |  | | | DZM | | | 10 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 10 | | **Kwas mlekowy** | | | 5 | |  | | | | |  | | |  | |  | | | osocze | | | 3 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 11 | | **HLA B-27** | | | 10 | |  | | | | |  | | |  | |  | | | surowica | | | 7 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 12 | | **Profil aminokwasów (aminogram)** | | | 40 | |  | | | | |  | | | LC MS / MS | |  | | | osocze, PMR | | | 10 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 13 | | **Tryptaza** | | | 5 | |  | | | | |  | | |  | |  | | | surowica | | | 10 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 14 | | **Aldosteron** | | | 25 | |  | | | | |  | | | RIA | |  | | | surowica, mocz | | | 28 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 15 | | **Renina (aktywność reninowa osocza)** | | | 10 | |  | | | | |  | | | RIA | |  | | | osocze | | | 28 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 16 | | **Kepra (Levetiracetam)** | | | 150 | |  | | | | |  | | | EIA | |  | | | surowica | | | 3 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 17 | | **Etosuksimid (Petinimid)** | | | 20 | |  | | | | |  | | | EIA | |  | | | surowica | | | 3 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 18 | | **Fenytoina** | | | 10 | |  | | | | |  | | | EIA | |  | | | surowica | | | 3 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 19 | | **Oxcarbazepina** | | | 40 | |  | | | | |  | | | EIA | |  | | | surowica | | | 3 dni | |  | | |  | |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| **Wartość pakietu** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | | |  |  | | |  | |  |  |
| Oferowana cena pakietu jest ceną brutto, obejmująca wszystkie rabaty i upusty i traktowana jest jako ostateczna do zapłaty przez Zamawiającego | | | | | | | | | | | | | | |  | | Kraków, dnia ………………………….. | | | | | | | |  | | | …………………………………. | | |  |
|  | | |  | | | | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | |  |  | | | podpis osoby uprawnionej | | |  |
|  | | | **Uwagi:** | | | | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | |  |  | | |  | |  |  |
|  | | | **\*** wypełnić, poprzez wpisanie nazwy podwykonawcy, wykreślenie lub wpisać "nie dotyczy" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PAKIET NR 2 - całodobowa dostępność dla badania z poz. 6** | | | | | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |
| L.p. | Rodzaj badania | | Ilość na 2 lata | Cena jednego badania | | Koszt badań | | Metoda | Wartości referencyjne | Materiał | | Maksymalny czas oczekiwania na wynik | | Temperatura  i czas przechowywania próbki | Dodatkowe wymagania dotyczące przygotowania pacjenta, pobierania  i przechowywania próbki | Zamierzam powierzyć podwykonawcy**\*** | Dokument poświadczający kontrolę zewnątrzlaboratoryjną. |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | | 5 | | 6 | 7 | 8 | | 9 | | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1 | **Identyfikacja przeciwciał anty HLA kl. I i II** | | 50 |  | |  | | technika Luminex |  | surowica | | 14 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 2 | **Oznaczanie specyficzności przeciwciał anty HLA klasy I** | | 50 |  | |  | | technika Luminex |  | surowica | | 14 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 3 | **Oznaczanie specyficzności przeciwciał anty HLA klasy II** | | 50 |  | |  | | technika Luminex |  | surowica | | 14 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 4 | **Próba krzyżowa przed przeszczepieniem narządu (met. cytometrii przepływowej)** | | 50 |  | |  | | cytometria przepływowa |  | surowica biorcy, krew pełna lub węzły chłonne lub śledziona dawcy | | 2 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 5 | **Próba krzyżowa przed przeszczepieniem narządu (met. CDC)** | | 50 |  | |  | | met.CDC |  | surowica biorcy, krew pełna lub węzły chłonne lub śledziona dawcy | | 2 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 6 | **Dobór dawca-biorca do przeszczepu narządowego** | | 50 |  | |  | | typowanie molekularne, próba krzyżowa metodą serologiczną |  | surowica biorcy, krew pełna lub węzły chłonne lub śledziona dawcy | | 1 dzień | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 7 | **Przeciwciała cytotoksyczne w reakcji panelowej (PRA)** | | 5 |  | |  | |  |  | surowica | | 2 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 8 | **Typowanie HLA-AB DR** | | 10 |  | |  | | molekularna |  | surowica biorcy, krew pełna lub węzły chłonne lub śledziona dawcy | | 5 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 9 | **Typowanie tkankowe HLA - ABC DR DQ** | | 10 |  | |  | | molekularna |  |  | | 7 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 10 | **Typowanie tkankowe molekularne HLA-C** | | 10 |  | |  | | molekularna |  |  | | 3 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 11 | **Typowanie molekularne HLA-DQ** | | 10 |  | |  | | molekularna |  |  | | 3 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 12 | **Ocena lityczności przeciwciał anty\_HLA klasa I (wiązanie C1q)** | | 10 |  | |  | | technika Luminex |  | surowica | | 7 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 13 | **Ocena lityczności przeciwciał anty\_HLA klasa II (wiązanie C1q)** | | 10 |  | |  | | technika Luminex |  | surowica | | 7 dni | |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| **Wartość pakietu** | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |
| Oferowana cena pakietu jest ceną brutto, obejmująca wszystkie rabaty i upusty i traktowana jest jako ostateczna do zapłaty przez Zamawiającego | | | | | | | |  | Kraków, dnia ………………………….. | | | | |  | …………………………………. | |  |
|  | |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | podpis osoby uprawnionej | |  |
|  | | **Uwagi:** | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | **\*** wypełnić, poprzez wpisanie stosownej treści, wykreślenie lub wpisać "nie dotyczy" | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |