

ZLECENIE DO PRACOWNI ZGODNOŚCI TKANKOWEJ
dobór do przeszczepienia narządu unaczynionego od dawcy zmarłego

Zlecane badania

<input type="checkbox"/> CDC-CM Próba krzyżowa metodą serologiczną	Tryb badań	<input type="checkbox"/> zwykły	<input type="checkbox"/> cito
<input type="checkbox"/> Typowanie HLA dawcy			
<input type="checkbox"/> Inne			

Dane DAWCY zmarłego

Imię		PESEL*	
* przy braku PESEL numer dokumentu potwierdzającego tożsamość			
Nazwisko /nr ID			
Adres zamieszkania /oddział		Istotne dane kliniczne pacjenta:	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	Data urodzenia / / dzień miesiąc rok

Wypełnia osoba pobierająca materiał od dawcy

Data, godzina pobrania materiału do badań / / : dzień m-c rok godzina	Rodzaj /pochodzenie materiału: Dawca zmarły	Potwierdzam zapoznanie się z zasadami pobierania i transportu materiału biologicznego . Zasady dostępne w Informatorze badań na stronie www.uck.gda.pl	Czytelny podpis osoby pobierającej materiał
	minimum 4 węzły chłonne lub fragment śledziony w soli fizjologicznej		
4 ml krwi żyłnej pobranej na skrzep			
	2 ml krwi żyłnej pobranej na EDTA		

MPK

Pieczęć jednostki zlecającej badanie

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru

Pieczęć, podpis lekarza zlecającego badanie

Data, godzina przyjęcia materiału do Laboratorium

/ / :
dzień m-c rok godzina