UCK Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
Laboratorium Immunologii i Transplantologii Klinicznej
Uniwersyteckie Centrum Medycyny Laboratoryjnej
ul. Smoluchowskiego 17, bud.CMN poziom "0"
80-214 Gdańsk
Tel /Fax (058) 584-43-76/ 43-84

ZLECENIE DO PRACOWNI ZGODNOŚCI TKANKOWEJ
badanie HLA do przeszczepienia szpiku /komórek krwiotwórczych

Dane pacjenta

Imię		PESEL*	
		* przy braku PESEL numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
Nazwisko /nr ID		**W przypadku kiedy biorca jest obywatelem UE, kserokopia Karty Unijnej poświadczającej ubezpieczenie.**	
Adres zamieszkania /oddział	Adres chorego niezbędny do rozliczenia NFZ	Poziom WBC min. (1G/L): Istotne dane kliniczne pacjenta:	
Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna	Data urodzenia	/ / (dzień miesiąc rok)

Tryb badań ☐ zwykły ☐ cito

Zlecane badania

☐ **Poszukiwanie dawcy rodzinnego, wstepne** ☐ biorca ☐ rodzic ☐ inne

☐ **Poszukiwanie dawcy haploidentycznego** ☐ rodzeństwo .....

imię i nazwisko biorcy: .....

☐ **Badanie II, potwierdzające przed przeszczepem** ☐ biorca ☐ dawca
(należy dołączyć kopię badania wstepnego HLA)

Imię, nazwisko biorcy .....

	HLA-A	HLA-B	HLA-C	HLA-DRB1	HLA-DQB1
☐ **Badanie HLA potencjalnego biorcy/dawcy szpiku**					
☐ **niska rozdzielczość**	☐	☐	☐	☐	☐
☐ **wysoka rozdzielczość ***	☐	☐	☐	☐	☐

Wypełnia osoba pobierająca materiał:

Data, godzina pobrania materiału do badań		Rodzaj /pochodzenie materiału:	Potwierdzam zapoznanie się z **zasadami pobierania i transportu materiału biologicznego**. Zasady dostępne w Informatorze badań na stronie www.uck.gda.pl	
/ / (dzień m-c rok)	: (godzina)	**Krew żylna, min. 2 ml, antykoagulant EDTA**		
*** UWAGA (do badań wysokiej rozdzielczości krew żylna, min. 2x10 ml, antykoagulant EDTA)**				Czytelny podpis osoby pobierającej materiał

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)