

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

DAWCA

BIORCA

Zlecane badania

CDC-CM Próba krzyżowa metodą serologiczną

Tryb badań

zwykły cito

Typowanie HLA

Inne

Dane PACJENTA

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

Wypełnia osoba pobierająca materiał

Data, godzina pobrania materiału do badań / / : dzień m-c rok godzina	Rodzaj /pochodzenie materiału:		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
	Dawca	Biorca		
	minimum 4 węzły chłonne lub fragment śledziony w soli fizjologicznej	4 ml krwi żyłnej pobranej na skrzep		
	4 ml krwi żyłnej pobranej na skrzep	4 ml krwi żyłnej pobranej na EDTA		
	4 ml krwi żyłnej pobranej na EDTA	4 ml krwi żyłnej pobranej na EDTA		

Komentarz:

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