

**ZLECENIE DO PRACOWNI ZGODNOŚCI TKANKOWEJ**  
**wykrywanie DSA (przeszczep komórek krwiotwórczych)**

**DAWCA**

**BIORCA**

**Zlecane badania**

CDC-CM Próba krzyżowa metodą serologiczną Tryb badań  zwykły  cito

FCXM-CM Próba krzyżowa metodą cytometrii przepływowej (przeszczep od dawcy żywego)

Oznaczenie obecności przeciwciał anti-HLA (Luminex) screen

Oznaczenie swoistości przeciwciał anti-HLA (Luminex) SAB

Inne .....

**Dane PACJENTA**

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 / /

**Biorca:**

(Wypełnić w przypadku zlecenia dla dawcy)

Imię		PESEL*	
* przy braku PESEL numer dokumentu potwierdzającego tożsamość			
Nazwisko /nr ID			

**Wypełnia osoba pobierająca materiał**

Data, godzina pobrania materiału do badań / / : dzień m-c rok godzina	<b>Rodzaj /pochodzenie materiału:</b>		Potwierdzam zapoznanie się z <b>zasadami pobierania i transportu materiału biologicznego</b> . Zasady dostępne w Informatorze badań na stronie <a href="http://www.uck.gda.pl">www.uck.gda.pl</a>	Czytelny podpis osoby pobierającej materiał
	<b>Dawca</b>	<b>Biorca</b>		
	4 ml krwi żyłnej pobranej na <b>heparynę</b>	4 ml krwi żyłnej pobranej na <b>heparynę</b>		
	4 ml krwi żyłnej pobranej na <b>skrzep</b>	4 ml krwi żyłnej pobranej na <b>skrzep</b>		
	8 ml krwi żyłnej pobranej na <b>EDTA</b>	2 ml krwi żyłnej pobranej na <b>EDTA</b>		

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