

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

Dane pacjenta

Data wystawienia zlecenia:

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		Poziom WBC min. (1G/L):													
Adres chorego niezbędny do rozliczenia NFZ		Istotne dane kliniczne pacjenta:													
Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna	Data urodzenia	/ / dzień miesiąc rok												

Tryb badań

☐ zwykły ☐ cito

Zlecane badania

☐ Poszukiwanie dawcy rodzinnego, wstępne	☐ biorca	☐ rodzic	☐ inne				
☐ Poszukiwanie dawcy haploidentycznego		☐ rodzeństwo					
		imię i nazwisko biorcy:					
☐ Badanie II, potwierdzające przed przeszczepem (należy dołączyć kopię badania wstępnego HLA)	☐ biorca	☐ dawca					
		Imię, nazwisko biorcy					
☐ Badanie HLA potencjalnego biorcy/dawcy szpiku		HLA-A	HLA-B	HLA-C	DRB1	DQB1	DPB1
☐ 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	:	Krew żylna, min. 2 ml, antykoagulant EDTA	
godzina			
* 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 dane kontaktowe

Data, godzina przyjęcia materiału do Laboratorium

/ /	:
dzień m-c rok	godzina