

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



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)
- ☐ Typowanie HLA- A,B,C,DR,DQ,DP (niska rozdzielczość)
- ☐ 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	☐ kobieta ☐ mężczyzna	Data urodzenia	/ /

Grupa krwi:

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 Data, godzina pobrania i przekazania materiału do transportu	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		
	4 ml krwi żyłnej pobranej na heparynę	4 ml krwi żyłnej pobranej na heparynę		
	4 ml krwi żyłnej pobranej na skrzep	4 ml krwi żyłnej pobranej na skrzep		
	8 ml krwi żyłnej pobranej na EDTA	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 dane kontaktowe

Data, godzina przyjęcia materiału do Laboratorium

/ / :
dzień m-c rok godzina