

**Transzplantációs Immungenetikai Laboratórium**

Cím: 1113 Budapest, Karolina út 19-21.

Telefon: 06 (1) 372 4187

Fax: 06 (1) 372 4408

Web: <http://www.ovsz.hu>E-mail: immun@ovsz.hu**Laboratóriumvezető: dr. Szilvási Anikó**

Finanszírozási kód: 0164250B2

Kérőlap transzplantációhoz kapcsolódó keresztpróba**Beküldő intézmény:**

Címe:

Beküldő kód: Tel. szám: Fax szám:

Recipiens neve:

Születési név:

Anyja neve:

Lakcím:

.....

.....

ET szám:

Születési idő:

TAJ szám:

Diagnózis:

Törzs/naplósorszám:

Térítési kategória: járó vagy fekvő**Cadaver azonosító:**

Transzplantáció dátuma:

Átültetett szerv: szív; tüdő; máj; vese

Születési idő:

Vércsoport:

Neme: férfi vagy nő**A betegre vonatkozó kiegészítő információk**

Utolsó transfúzió dátuma: Terhességek száma:

Igényelt vizsgálat	Vizsgálatok	Minta igény
<input checked="" type="checkbox"/> Transzplantációs keresztpróba	CDC keresztpróba	5 ml natív (recipiens)

Mintakezelés:

Tárolás: 4°C-on.

Szállítás: 4°C-on, 24 órán belül.

Kérjük, minden csövön tüntessenek fel a név mellett még egy azonosítót (TAJ szám, születési dátum), ill. a vérvétel dátumát.

Mintafoqadás:

Munkanapokon: 8-16 óráig

Vizsgálat visszautasítás:

A kérőlap hiányos adattartalma (aláírás, pecsét, beküldő kód, naplósorszám, stb.), nem megfelelő mennyiségű, minőségű, ill. hiányos adattartalmú vérvételi csövek (név, azonosító, vérvételi dátum) esetén.

Dátum: 20.

.....
aláírás, pecsét

Vérvétel dátuma: 20.