



Kérőlap transzplantációhoz kapcsolódó keresztpróbához és HLA alloantitestek azonosításához

Beküldő intézmény:

Címe:

Beküldő kód: Tel. szám: Fax szám:

Recipiens neve: **ET szám:**

Születési név: Születési idő:

Anyja neve: TAJ szám:

Lakcím: Diagnózis:

..... Törzs/naplósorszám:

..... Térítési kategória: ☐ járó vagy ☐ fekvő**Cadaver azonosító:** Születési idő:Átültetett szerv: ☐ szív; ☐ tüdő; ☐ máj; ☐ vese; ☐ pancreas**A betegre vonatkozó kiegészítő információk**

Utolsó transfúzió dátuma: Terhességek száma:

Részesült-e az alábbi kezelésekben? ☐ ATG; ☐ Rituximab; ☐ plazmaferezis; ☐ IvIG

Utolsó kezelés dátuma:

Igényelt vizsgálat	Vizsgálatok	Minta igény
☐ Transzplantációs keresztpróba	CDC keresztpróba	5 ml natív (recipiens)
☐ 0. napos DSA vizsgálat	Szolid fázisú antitest azonosítás (Luminex Single Antigen)	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.

Minta fogadás:

Minden nap: 0-24 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.

