ZLECENIE NA BADANIE IMMUNOGENETYCZNE ORAZ IMMUNOSEROLOGICZNE

REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W BIAŁYMSTOKU
PODLASKA SŁUŻBA KRWI
Pracownia Badań Zgodności Tkankowej
15-950 Białystok, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 23

Dane jednostki kierującej i adres przesłania wyniku badania, oddział szpitalny

Data wystawienia zlecenia:
D D - M M - R R R R

Tryb wykonania badania:
☐ RUTYNOWY ☐ PILNY

DANE PACJENTA

Nazwisko:	**Imię:**	**Płeć:** ☐ K ☐ M
PESEL:	**Data urodzenia:** D D - M M - R R R R	
Adres zamieszkania/oddział szpitalny:		
Rozpoznanie jednostki chorobowej:	**Pokrewieństwo z pacjentem:** (dotyczy potencjalnych rodzinnych dawców szpiku)	
Istotne dane kliniczne / wyniki poprzednich badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej / dane dotyczące przetaczania krwi i jej składników		

RODZAJ BADANIA	☐ oznaczenie antygenu HLA B27 metodą serologiczną/genetyczną ☐ oznaczenie antygenu HLA B*57 metodą genetyczną ☐ oznaczenie antygenów HLA klasy I i II metodą genetyczną ☐ oznaczenie antygenów HLA locus C metodą genetyczną ☐ oznaczenie antygenów HLA locus A i B metodą genetyczną ☐ wykrywanie przeciwciał przeciwpłytkowych anty-HPA metodą immunoenzymatyczną ☐ wykrywanie przeciwciał klasy IgG zależnych od kompleksu heparyna-PF4 (ELISA) ☐ wykrywanie przeciwciał klasy IgG do antygenów HLA klasy I i II testem LABScreen ☐ wykrywanie przeciwciał do antygenów HLA klasy I testem LCT ☐ próba zgodności leukocytarnej testem LCT: liczba jednostek KKCz ☐ liczba jednostek KKP ☐
RODZAJ MATERIAŁU	☐ próbka krwi pełnej żylnej na EDTA ☐ próbka krwi pełnej żylnej na cytrynian sodu ☐ próbka krwi pełnej żylnej na skrzep ☐ próbka krwi pełnej żylnej na heparynę

Data i godzina pobrania próbki:	**Pieczęć i podpis osoby pobierającej próbkę:**	**Pieczęć i podpis lekarza kierującego:**

(wypełnia pracownik PBZT)

Data i godzina przyjęcia próbki:	**Pieczęć i podpis osoby przyjmującej próbkę:**	**Nr badania:**