

RCKiK w Białymstoku		
Nr wersji: 01	SOP-DIT-PR-01	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 5	Wersja zał. nr: 01	Data: 22.05.2024

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:
 - -

Tryb wykonania badania:
 RUTYNOWY PILNY

DANE PACJENTA

Nazwisko:	Imię:	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
PESEL: <input type="text"/>	Data urodzenia: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> - <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> - <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="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	<input type="checkbox"/> oznaczenie antygenu HLA B27 metodą serologiczną/genetyczną <input type="checkbox"/> oznaczenie antygenu HLA B*57 metodą genetyczną <input type="checkbox"/> oznaczenie antygenów HLA klasy I i II metodą genetyczną <input type="checkbox"/> wykrywanie przeciwciał przeciwpłytkowych anti-HPA metodą immunoenzymatyczną <input type="checkbox"/> wykrywanie przeciwciał klasy IgG zależnych od kompleksu heparyna-PF4 (ELISA) <input type="checkbox"/> wykrywanie przeciwciał klasy IgG do antygenów HLA klasy I i II testem LABScreen <input type="checkbox"/> wykrywanie przeciwciał do antygenów HLA klasy I testem LCT <input type="checkbox"/> próba zgodności leukocytarnej testem LCT: <div style="text-align: center;">liczba jednostek KKCz <input type="checkbox"/> liczba jednostek KKP <input type="checkbox"/></div>
	RODZAJ MATERIAŁU <input type="checkbox"/> próbka krwi pełnej żyłnej na EDTA <input type="checkbox"/> próbka krwi pełnej żyłnej na cytrynian sodu <input type="checkbox"/> próbka krwi pełnej żyłnej na skrzep <input type="checkbox"/> próbka krwi pełnej żyłnej 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:
---	--	--------------------