



Debreceni Regionális Vérellátó Központ
 Transzplantációs Immungenetikai Laboratórium
 4026 Debrecen, Bem tér 19.

Laboratóriumvezető: dr. Rajczy Katalin
 Tel: 06-52-315-993
 Fax: 06-52-311-914
 Intézményi azonosító kód: 016425033

Kérőlap hematopoetikus őssejtátültetésre váró beteg/donor vizsgálatához

Beteg neve: **Azonosító** :
Születési neve: **Születési idő:**
Anyja neve: **TAJ²:**
Lakcím: **Neme:** férfi nő
Személyazonosító típusa²: **Térítési kategória³:** **Törzsszám/Naplósorszám⁴:**
Diagnózis: **BNO kód:**

Beküldő intézmény:
Címe:
Intézményi azonosító kód¹: **Fax szám:**

A vizsgált személy

Beteg: Fehérvérsejtszám (KÖTELEZŐ megadni):
 Megerősítő vizsgálat esetén engedély dátuma:

Donor: Recipiens neve:
 Rokonsági fok: apa, anya, testvér, egyéb:

Igényelt vizsgálat

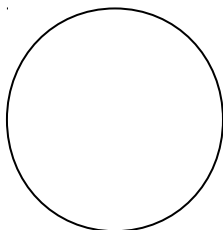
	Vizsgálatok	Vérminta igény
<input type="checkbox"/> Családvizsgálat (első kivizsgálás)	HLA-A, B és DR (szerológia és/vagy DNS)	5 ml EDTA, 10 ml citrát (recipiens és donor)
<input type="checkbox"/> Rokon donor-recipiens pár megerősítő vizsgálata (retipizálás)	HLA-A, B és DR (DNS) Indokolt esetben egyéb lókuszek vizsgálata	5 ml EDTA (recipiens és donor)
<input type="checkbox"/> HLA ellenes antitest szűrés*	CDC-panel reaktív antitest (PRA), Szolid fázisú antitest-szűrés, azonosítás (Luminex)	10 ml natív (recipiens)

*Az utolsó immunizációs esemény után 14 nap elteltével küldendő.

Vérminta-vétel ideje:

Igénylő orvos neve, telefonszáma: pecsétszáma:

Dátum:



igénylő orvos aláírása

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.