



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

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

Vizsgálati kéréslap

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

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

A betegre vonatkozó kiegészítő információk

Transzfúziók száma: **utolsó dátuma:** **Volt-e előzetes szerv- vagy**
Terhességek száma: **utolsó dátuma:** **szövetátültetése:** igen nem

Igénytelt vizsgálat

	Vizsgálatok	Vérminta igény
<input type="checkbox"/> HLA antigének meghatározása	HLA-A, B, C, DR és/vagy DQ (DNS), (kért lókuszt aláhúzása)	5 ml EDTA
<input type="checkbox"/> HLA ellenes antitest vizsgálata*	CDC-panel reaktív antitest (PRA), Szolid fázisú antitest-szűrés, azonosítás (Luminex)	10 ml natív

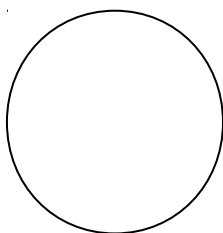
*Az utolsó immunizációs esemény után 14 nap elteltével küldendő.

Vérminta-vétel ideje:

Igénylő orvos neve, telefonszáma: pecsétje száma:

Dátum:

.....
igénylő orvos aláírása



Vizsgálat visszautasítás: a kérés hiányos adattartalma (aláírás, pecsét, beküldő kód, naplósorszám, stb), nem megfelelő mennyiségű, minőségű, ill. hiányos adattartalmú vérvételi csövek (név, azonosító, vérvételi dátum) esetén.