



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

Kérőlap vese átültetésre váró beteg vizsgálatához

Beteg neve: **ET szám:**.....**OVSZ szám:**.....
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 betegre vonatkozó kiegészítő információk

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

Igényelt vizsgálat

	Vizsgálatok	Vérminta igény
<input type="checkbox"/> Vesebeteg első vizsgálata	HLA-A, B, C, DR és DQ (DNS), CDC-panel reaktív antitest (PRA), Szolid fázisú antitest-szűrés, azonosítás (Luminex)	5 ml EDTA 10 ml natív
<input type="checkbox"/> Vesebeteg megerősítő vizsgálata (retipizálás)*	HLA-A, B és DR (DNS), autokontroll	10 ml citrát 10 ml natív
<input type="checkbox"/> Vesebeteg visszavétele listára	HLA-A, B és DR (DNS), CDC-panel reaktív antitest (PRA), Szolid fázisú antitest-szűrés, azonosítás (Luminex),	5 ml EDTA 10 ml natív
<input type="checkbox"/> HLA ellenes antitest szűrés**	CDC-panel reaktív antitest (PRA), Szolid fázisú antitest-szűrés, azonosítás (Luminex)	10 ml natív

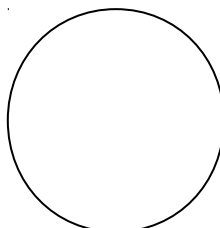
*Az első beküldéstől számítva legalább 14 nap elteltével küldendő.

**Az utolsó immunizációs esemény után 14 nap elteltével küldendő.

Vérminta-vétel ideje:

Igénylő orvos neve, telefonszáma: pecsét száma:

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.