



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 szervátültetést követő antitest státusz 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:** **Kreatinin szint:**
Terhességek száma: **utolsó dátuma:** **Kilőkódés gyanúja, specifikálja:**
Donor azonosító: **Transzplantáció dátuma:**
Átültetett szerv: szív: tüdő: máj: vese: egyéb:
Korábbi transzplantáció(k): **Tx. Dátuma:** **Donorazonosító(k):**

Igényelt vizsgálat

Kérés indoka: rutin követés:..... **kilőkódés gyanúja (sürgős) :.....** **biopszia történt:.....**

	Vizsgálatok	Minta igény
<input type="checkbox"/> Donor specifikus antitest meghatározás	Antitestszűrés (CDC és/vagy szilárd fázisú módszer)	5 ml natív (recipiens)

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.