

**Kérőlap betegségasszociált HLA típus azonosításához****Beküldő intézmény:**

Címe:

Beküldő kód: Tel. szám: Fax szám:

Beteg neve: Születési idő:

Leánykori név: TAJ szám:

Anyja neve: Diagnózis:

Lakcím: Törzs/naplósorszám:

..... Térítési kategória: járó vagy fekvő

Igényelt vizsgálat	Vizsgálatok	Vérminta igény
<input type="checkbox"/> Coeliakia (glutén szenzitív enteropathia)	HLA-DQ2 (DQA1*05:01/DQB1*02:01; DQA1*05:05/DQB1*02:02) vagy HLA-DQ8 (DQB1*03:02) típus azonosítása (DNS)	5 ml EDTA
<input type="checkbox"/> Bechterew kór (spondylitis ankylopoetica)	HLA-B*27 antigén azonosítása (DNS)	5 ml EDTA
<input type="checkbox"/> Behcet kór	HLA-B*51 antigén azonosítása (DNS)	5 ml EDTA
<input type="checkbox"/> Narcolepsia	HLA-DQB1*06:02 allél azonosítása (DNS)	5 ml EDTA
<input type="checkbox"/> Rheumatoid arthritis	HLA-DRB1*01 vagy DRB1*04 antigének azonosítása (DNS)	5 ml EDTA
<input type="checkbox"/> Egyéb:	HLA lókuszt:	5 ml EDTA

Megjegyzés: CSAK SZAKORVOS által elrendelt vizsgálatokat áll módunkban elvégezni.**Mintakezelés:**

Tárolás: 4°C-on legfeljebb 14 napig.

Szállítás: 4°C-on.

Kérjük, minden csövön tüntessenek fel a név mellett még egy azonosítót (TAJ szám, születési dátum), ill. a vérvétel dátumát.

Mintafoadás:

Munkanapokon: 8-16 óráig

Vizsgálat visszautasítás:

A kérlőlap hiányos adattartalma (aláírás, pecsét, beküldő kód, naplósorszám, stb.), nem megfelelő mennyiségű, minőségű, ill. hiányos adattartalmú vérvételi csövek (név, azonosító, vérvételi dátum) esetén.

Dátum: 20.

.....
aláírás, pecsét

Vérvétel dátuma: 20.