

**Kérőlap veseátültetésre váró beteg vizsgálatához**

Beküldő intézmény:

Címe:

Beküldő kód: Tel. szám: Fax szám:

Beteg neve: ET szám:

Születési név: Születési idő:

Anyja neve: TAJ szám:

Lakcím: Diagnózis:

..... Törzs/naplósorszám:

..... Térítési kategória: járó vagy fekvő**A betegre vonatkozó kiegészítő információk**

Utolsó transfúzió dátuma: Terhességek száma:

Igényelt vizsgálat	Vizsgálatok	Vérminta igény
<input type="checkbox"/> Vesebeteg első vizsgálata	HLA-A, B, C, DRB1 és DQB1 (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 DRB1 (DNS), Szolid fázisú antitest-szűrés, azonosítás (Luminex) Indokolt esetben autokontroll és/vagy CDC-panel reaktív antitest (PRA)	10 ml citrát 10 ml natív
<input type="checkbox"/> Vesebeteg visszavétele listára	HLA-A, B és DRB1 (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.

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.

Mintafohadás:

Munkanapokon: 8-16 óráig

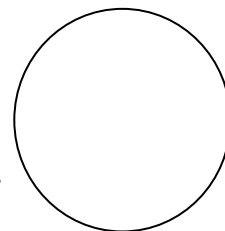
Vizsgálat visszautasítás:

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

Dátum: 20.

.....

aláírás, pecsét



Vérvétel dátuma: 20.