

**Kérőlap szív-, tüdő-, májátültetésre váró beteg vizsgálatához**

Beküldő intézmény:

Címe:

Beküldő kód: Tel. szám: Fax szám:

Beteg neve: Születési idő:

Születési neve: TAJ szám:

Anyja neve: Diagnózis:

Lakcím: Törzs/naplósorszám:

..... Térítési kategória: járó vagy fekvő**A betegre vonatkozó kiegészítő információk**Utolsó transfúzió dátuma: Műszívkezelésben részesül? igen; nem

Terhességek száma:

| Igényelt vizsgálat | Vizsgálatok | Vérminta igény |
|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Szívátültetés előtt | 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"/> Tüdőátültetés előtt | 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"/> Májátültetés előtt | CDC-panel reaktív antitest (PRA) | 5 ml natív |
| <input type="checkbox"/> HLA ellenes antitest szűrés* | CDC-panel reaktív antitest (PRA), Szolid fázisú antitest-szűrés, azonosítás (Luminex) | 10 ml natív |

*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.

Minta fogadás:

Munkanapokon: 8-16 óráig

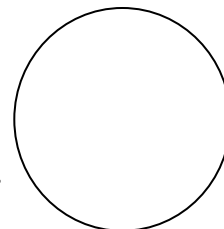
Vizsgálat visszautasítás:

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.