



Transzplantációs Immungenetikai Laboratórium

Cím: 1113 Budapest, Karolina út 19-21.

Telefon: 06 (1) 372 4187

Fax: 06 (1) 372 4408

Web: <http://www.ovsz.hu>

E-mail: immun@ovsz.hu

Laboratóriumvezető: dr. Szilvási Anikó

Finanszírozási kód: 0164250B2

Kérőlap transzplantációt követő antitest státusz követéshez

Beküldő intézmény:

Címe:

Beküldő kód: Tel. szám: Fax szám:

Beteg neve:

Leánykori neve:

Anyja neve:

Lakcím:

.....

.....

ET szám:

Születési idő:

TAJ szám:

Diagnózis:

Törzsszám/naplósorszám:

Térítési kategória: járó vagy fekvő

Transzplantációk száma:

Donor azonosító(k):

Utolsó TX dátuma:

Szerv: szív; tüdő; máj; vese

Igényelt vizsgálat	Vizsgálatok	Minta igény
<input type="checkbox"/> Rutin donor specifikus antitest meghatározás	Szolid fázisú antitest-szűrés, azonosítás (Luminex)	5 ml natív (recipiens)
<input type="checkbox"/> Sürgős donor specifikus antitest meghatározás (kilökődés gyanúja esetén)	Szolid fázisú antitest-szűrés, azonosítás (Luminex)	5 ml natív (recipiens)

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.

Mintafoqadás:

Munkanapokon: 8-16 óráig

Vizsgálat visszautasítás:

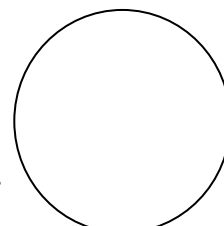
A kérlap hiányos adattartalma (aláírás, pecsét, beküldő kód, naplósorszám, stb), nem megfelelő mennyiségű, minőségű, ill. hiányos adattartalmú vérvételi csövek (név, azonosító, vérvételi dátum) esetén.

Eredményközlés:

A leleteket a megadott fax számra küldjük. Amennyiben postai úton kérik, kérjük, jelezzék azt a kérlapon!

Dátum: 20

.....
aláírás, pecsét



Vérvétel dátuma: 20