

Ośrodek zlecający (adres, telefon/ faks):

Lekarz zlecający:	Osoba pobierająca materiał:
Data:	Data

**DANE PACJENTA (CHOREGO):**

<b>NAZWISKO:</b>	<b>IMIĘ:</b>
	<b>PŁEĆ:</b> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
<b>ADRES</b> ..... □□-□□□□ (miejsowość) (kod)	<b>PESEL/ DATA URODZENIA</b> L L L L L L L L L L L L
..... (ulica, numer domu) (nr telefonu)	
<b>ROZPOZNANIE:</b>	<b>Kod resortowy: część VII -.....</b> <b>część VIII-.....</b>
<b>ICD-10:</b>	
Istotne dane kliniczne (zwłaszcza niepełny chimeryzm poprzyszczepienny, podejrzenie złożonego ciężkiego niedoboru odporności, potencjalny chimeryzm matczyno-płodowy), obecnie stosowane leki:	

<b>Rodzaj materiału do badania:</b>
<b>Data i godzina pobrania materiału do badania:</b>
<b>PRACOWNIA HLA - rodzaj badania</b>
<input type="checkbox"/> HLA – A, B, C (klasy I) - metoda PCR-SSP <input type="checkbox"/> HLA – A (klasa I) - metoda PCR-SSP <input type="checkbox"/> HLA – B (klasa I) - metoda PCR-SSP <input type="checkbox"/> HLA – C (klasa I) - metoda PCR-SSP <input type="checkbox"/> HLA - DR (klasa II) - metoda PCR-SSP <input type="checkbox"/> HLA – DQ2/DQ8 - metoda PCR-SSP <input type="checkbox"/> HLA – B27 - metoda PCR-SSP <input type="checkbox"/> HLA – A, B, C, DRB1 , DRB3, DRB4, DRB5, DQA1, DQBI, DPA1, DPB2 – metodą Real Time PCR <input type="checkbox"/> alloprzeciwciała limfotoksyczne (PRA) - metoda serologiczna, CDC <input type="checkbox"/> anty-HLA kl. I i II – metoda Luminex <input type="checkbox"/> anty-HLA single antygen class I – metoda Luminex <input type="checkbox"/> anty-HLA single antygen class II – metoda Luminex <input type="checkbox"/> lityczne anty-HLA kl. I i II – metoda Luminex <input type="checkbox"/> lityczne anty-HLA single antygen class I – metoda Luminex <input type="checkbox"/> lityczne anty-HLA single antygen class II – metoda Luminex <input type="checkbox"/> próba krzyżowa z DTT i bez DTT (cross-match) - metoda serologiczna, CDC <input type="checkbox"/> inne .....
<b>WAŻNE! Prosimy o dołączenie wyników typowania chorego i członków rodziny (jeśli były wykonane w innym ośrodku)</b>
<b>Data i godzina przyjęcia materiału do pracowni:</b>
<b>Dane osoby przyjmującej materiał do badania:</b>
<b>Nr zlecenia:</b>
<b>Uwagi:</b>

tu naklej  
kod kreskowy